

INSCRIPTION MAJEUR – Judo Jujitsu Mûrs-Érigné – Saison 2024-2025



NOM Judoka : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin

Code Postal : Ville :

E-mail : Téléphone :

Autre Contact d'Urgence - Nom : Téléphone :

AUTORISATIONS MÉDICALES ET DROIT À L'IMAGE

Médecin traitant : Adresse :

Téléphone :

Je soussigné.e autorise le club *Judo Jujitsu Mûrs-Érigné*, à faire pratiquer sur mon corps les soins médicaux d'urgence, ainsi que mon éventuel transport en Centre Hospitalier.

J'atteste par ailleurs avoir renseigné le **questionnaire de santé QS-SPORT*** (Cerfa n°12699*01) et avoir répondu à la négative à l'ensemble des rubriques.

J'autorise le club JJME à me prendre en photo ou en vidéo. Les photos pourront être postées sur le site internet et éventuellement à la presse locale pour valoriser les actions du club :

Je refuse que mon image soit utilisée dans les conditions citées ci-dessus.

Je suis informé que le JJME sera amené à stocker mes données personnelles dans le cadre de mon adhésion et à me transmettre les informations par mail.

Je reconnais avoir pris connaissance du présent règlement et accepte celui-ci.

La signature implique l'acceptation totale du règlement intérieur du club.

Signature et mention lu et approuvé :

Fait à Mûrs-Érigné, le

* **Attention :** Questionnaire médical à compléter au verso

Cadre Réserve au Club

FACTURATION

Tarifs saison 2024-2025				Inscription individuelle						
FFJD		JJME	TOTA	Paiement par chèque bancaire		Autre mode de paiement				
				N°1 septembr	N°2 octobre	N°3 novembr	N°4 décembre	ANCV	Pass'Sport	Autre
				Montant :	Montant :	Montant :	Montant :	Montant :	Code :	
41 €	+	127 €	= 168 €							
				Total des paiements :			Dossier Traité par :			

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

NOM Judoka : Prénom :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>À ce jour</i>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.