



ESSAI OUI

Confirmé O N

FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2020 / 2021

Nom du père : _____ Prénom : _____ Mobile : / / / /

E-mail : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____ Mobile : / / / /

E-mail : _____

Adresse _____

Code postal : _____ Ville : _____

NOM – PRENOM DU LICENCIE(E) PRECISEZ GARCON OU FILLE				Date de naissance	Judo	Taïso	Aptitude médicale	
							Certif. Med.	Passeport
	F	Nouveau		/ /				
	G	Renouvellement						
	F	Nouveau		/ /				
	G	Renouvellement						
	F	Nouveau		/ /				
	G	Renouvellement						
	F	Nouveau		/ /				
	G	Renouvellement						

COTISATIONS	Nature du Cours	Tarifs	Nature du Cours	Tarifs
	Le tarif comprend : 1 - La Cotisation annuelle 2 - La licence/assurance FFJDA => 40€ (2020-2021)	Eveil Judo (baby1) Lundi: 17h15-18h00	186 €	Ados : mardi/vendredi 18h00-19h30
Eveil judo (baby2) Lundi: 18h15-19h00		Poussin (e) s (8/9 ans) Jeudi : 17h15-18h45 Samedi: 10h30-12h00		
Mini Poussin (e) s Mercredi : 18h00-19h00		252 €	Adultes : Mardi/vendredi 19h45-21h15	252 €
Taïso/Prépa Physique Lundi: 19h00-20h30 Mercredi: 19h15-20h45			2 cours Adultes + 2 cours Taïso/Prépa physique	

AUTORISATIONS

Je soussigné : _____

1 - Autorise le club **CSJ77** à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence médicale.

OUI* NON* * **Cocher la case correspondante**

2 – Autorise le club **CSJ77** à utiliser les photos prises dans le cadre des activités internes et externes et à les diffuser sans limite de temps sur tous les supports de communication du club, à l'exception de la télévision.

OUI* NON* * **Cocher la case correspondante**

TOUTE INSCRIPTION EST DEFINITIVE
AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA EFFECTUE



CERTIFICAT MEDICAL

SAISON 2020 / 2021

Je soussigné, Docteur

Certifie que :

Mr / Mme / Mlle :

Date de naissance :

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du judo/jujitsu en compétition.

Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du judo/jujitsu en sport loisir

Date :

A :

Cachet du Médecin

Signature :

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de modification notoire de l'état de santé,

Pour les pratiquants ayant un passeport de Judo/Jujitsu, pensez à le faire remplir en même temps.

Modèle de certificat médical délivré par le CSJ77 (Claye-Souilly Judo 77)



QUESTIONNAIRE DE REPRISE D'ACTIVITE D'ENTRAINEMENT SPORTIF

DATE : / /

NOM	PRENOM
A. Avez-vous eu des symptômes de COVID ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
SI VOUS AVEZ EU DES SYMPTOMES :	
1. Depuis combien de temps ?	
<input type="checkbox"/> Date du début des symptômes.....	
2. Quels symptômes ?	
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire au repos ou essoufflement anormal à l'effort <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Courbatures généralisées <input type="checkbox"/> Perte de gout ou de l'odorat <input type="checkbox"/> Autres :	<input type="checkbox"/> Frissons, sensation de chaud/froids <input type="checkbox"/> Douleur ou gêne à la gorge <input type="checkbox"/> Douleur ou gêne thoracique, <input type="checkbox"/> Orteils ou doigts violacés type engelure <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Fatigue majeure <input type="checkbox"/> Elévation de la fréquence cardiaque de repos
3. Avez-vous été dépisté ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Date du test : / / Résultat du test :	
B. Avez-vous eu une personne malade dans votre entourage proche (avec qui vous avez été en contact) ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, précisez :	
C. Remarques libres :	

CSJ 77 club affilié



ATTESTATION QS Sport

Je soussigné M/Mme (Prénom Nom)

*Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du sportif :

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme (Prénom Nom)

En ma qualité de représentant légal de (Prénom Nom)

*Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal :

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.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
A ce jour		
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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.

NOM :

PRENOM :