PRISE DE LICENCE
MAJEURS

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.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

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 ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**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.

FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027
ADULTE

Nom : ..... **Prénom :** .....

☐ **Masculin** ☐ **Fille**

Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

Adresse : .....

.....

.....

CP : ..... **Ville :** .....

Grade : .....

☎ **:** .....

Mail @ : .....

<u>Médecin traitant :</u>

Nom : ..... **Prénom :** .....

☎ **:** .....

Allergies connues : .....

En cas d'accident, où désirez-vous être hospitalisé ? .....

.....

Je soussigné(e) .....

Faire partie de l'association du Judo Club de Castelmoron.

J'autorise :

- ✓ Les responsables du Club à prendre, en cas d'accident, les mesures qui s'imposeraient ;
- ✓ A être transporté en voiture ou en car pour des déplacements sportifs ;

Fait à Castelmoron-sur-Lot, le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e)

Nom : ..... **Prénom :**.....

- ☐ Autorise le Judo Club de Castelmoron-sur-Lot à utiliser mon image, dans le but de promouvoir ses activités, que ce soit sous la forme de photos, vidéos, affiches, dépliants, édition papier, ou toute autre forme de communication, et ce, sans aucune indemnité et sans limite de temps.

- ☐ N'autorise pas le Judo Club de Castelmoron-sur-Lot à utiliser mon image

Fait à Castelmoron-sur-Lot, le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Taille T-shirt :

☐ XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL

CARTE DÉCOUVERTE

FRANCE JUDO



ENTRE DANS LE GAME

À REMPLIR PAR L'ENSEIGNANT DU CLUB

Nom du club : JUDO CLUB DE CASTELMORON SUR LOT

N° d'affiliation :

Représentant du club : M. PRÉVÔT Jean-Marie

Adresse postale : Mairie de Castelmoron – 1 rue Gabriel Charretier
47260 CASTELMORON SUR LOT

N° téléphone : 06 47 16 30 50

E-mail : judo.club.castelmoron@gmail.com

LES SÉANCES DÉCOUVERTES

Valable jusqu'au :

Tampon / signature du club :

Séances effectuées :



REJOINS L'AVENTURE FFJUDO.COM

ASSURANCE

Cette séance d'initiation comprend une assurance responsabilité civile et accident corporel prise en charge par la FFJDA. Pour en bénéficier, merci de bien vouloir remplir et signer ce document et le remettre au représentant du club avant la séance.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :

- Avoir pris connaissance des garanties des contrats d'assurance souscrits par la fédération, auprès de la MARSH S.A.S en partenariat avec AXA FRANCE IARD (Contrats n°11383119004 (RC) - n° 22351748104 (IA), pour cette séance d'initiation telles qu'indiquées dans la notice qui lui a été remise*.

MARSH S.A.S - Société de courtage d'assurances immatriculée sous le numéro 572 174 415 au RCS

- Avoir été informé de sa possibilité à souscrire personnellement des garanties d'assurance individuelle complémentaires.

- Ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique du judo, du jujitsu, du kendo et des disciplines associées de la FFJDA.

*UN FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE VIERGE COMPRENANT LA NOTICE D'ASSURANCE DOIT ÊTRE REMIS À L'INVITÉ ET LU PAR LUI AVANT SIGNATURE.

POUR LES ENFANTS MINEURS

Ce document doit être rempli et signé par leur représentant légal.

Je soussigné(e) Madame ◯ Monsieur ◯

Nom : ..... Prénom: .....

responsable légal de

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... **autorise mon enfant à pratiquer/découvrir le judo**

Date : .....

Fait à : .....

Signature du responsable légal

POUR LES MAJEURS

Veuillez renseigner les informations demandées et signer ce document.

Je soussigné(e) Madame ◯ Monsieur ◯

Nom : ..... Prénom: .....

Date de naissance : ..... N°de téléphone : .....

E-mail : .....

Date : .....

Fait à : .....

Signature du soussigné(e)

Le soussigné a le droit de demander que soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées, les données à caractère personnel le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques ou périmées.