PRISE DE LICENCE
MINEURS

ATTESTATION
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM].....,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] .....,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

En vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération agréée, hors disciplines, à contraintes particulières.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

	Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
	Tu es : ☐ une fille ☐ un garçon **Ton âge :** ____ **ans**	OUI	NON
L'année dernière	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
	As-tu été opéré(e) ?		
	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
	As-tu arrêté le s port à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
Ces 2 dernières semaines	Te sens-tu très fatigué(e) ?		
	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
	Te sens-tu triste ou inquiet ?		
	Pleures-tu plus souvent ?		
	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
Aujourd'hui	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
	À faire remplir par les parents		
	Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027
MINEUR

Enfant :

Nom : ..... **Prénom :** .....

☐ **Garçon** ☐ **Fille**

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

Adresse : .....

.....

.....

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

Grade : .....

Responsable Légal 1 :

Nom : ..... **Prénom :** .....

☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Responsable Légal**

☎ **:** .....

Mail @ : .....

Adresse : .....

.....

.....

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

Responsable Légal 2 :

Nom : ..... **Prénom :** .....

☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Responsable Légal**

☎ **:** .....

Mail @ : .....

Adresse : .....

.....

.....

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

Communication :

Afin de communiquer au mieux avec vous, le club envoi des informations par SMS, tout au long de l'année.
Merci de nous indiquer sur quel numéro nous devons vous faire parvenir ses informations :

☎ **:** .....

Médecin traitant :

Nom : ..... **Prénom :**.....

☎ **:**.....

Allergies connues : .....

En cas d'accident, où désirez-vous hospitaliser votre enfant ?.....

.....

Je soussigné(e).....

Autorise mon enfant :.....

A 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 :**.....

Représentant légal de

Nom : ..... **Prénom :**.....

☐ Autorise le judo Club de Castelmoron-sur-Lot à utiliser mon image ou celle du mineur dont je suis le représentant légal, 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 ou celles des mineurs dont je suis le représentant légal

Fait à Castelmoron-sur-Lot, le .....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

Taille T-shirt :

☐ 4 ans / 104 cm	☐ 5 ans / 110 cm	☐ 6 ans /116 cm	☐ 7 ans / 122 cm	☐ 8 ans / 128 cm	☐ 9 ans / 134 cm
☐ 10 ans / 140 cm	☐ 12 ans / 152 cm	☐ 14 ans / 158 cm	☐ 16 ans / 164 cm		
☐ 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.