

FICHE DE RÉ-INSCRIPTION	Judo Villerupt	<input type="checkbox"/>	Judo Mexy	<input type="checkbox"/>	Self-defense	<input type="checkbox"/>
	Gym.volontaire	<input type="checkbox"/>	Rythm'arts martiaux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

REPLIR OBLIGATOIREMENT NOM & PRENOM, autres zones uniquement si changements

Prénom * _____ Sexe _____

Nom * _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____ Code Pays _____

Tél/gsm/pro _____ Profession (adultes) _____

Email : _____

*renseignements obligatoires

Si le licencié est scolarisé, nom du groupe scolaire _____

Profession du père _____ Profession de la mère _____

Pour le judo et le self-défense :

Grade actuel _____ Date de d'obtention * ____/____/____ N°de licence * _____

Possédez-vous un passeport sportif Oui ☐ Non ☐ Date délivrance * ____/____/____

Établissement du passeport à partir de poussins : 1 photo + copie du livret de famille ou carte d'identité + formulaire de demande de passeport à retirer à notre secrétariat ou télécharger sur le site du CD54

Pièces à joindre au dossier

- Certificat médical datant de moins d'un an, obligatoire ☐ Date délivrance * ____/____/____
- Autorisation parentale remplie ☐
- Droit à l'image ☐
- Autorisation contrôle antidopage (à partir de minimes) ☐
- Copie de l'attestation de mutuelle ☐
- Justificatif pour l'obtention d'avantages tarifaires ☐
- Copie de l'attestation sécurité sociale ☐

Tout dossier ou information incomplète ne permettra pas au compétiteur de participer aux animations, compétitions.

Réservé au club

Saison :
Licence
Cotisation

Saison :
Licence
Cotisation

EXCLUSIVEMENT JUDO/JU-JITSU**Autorisation parentale**

Je soussigné(e) _____ (prénom et nom du représentant légal)

autorise mon fils/ma fille _____ (prénom et nom de l'enfant)
(rayez la mention inutile)

né le: ____/____/____ à _____ section: _____

*** à participer pendant toute la saison sportive aux manifestations auxquelles le club l'inscrira après information des parents. Il ou elle s'y rendra sous la responsabilité d'un encadrant du club.**

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Prénom, nom _____ Qualité _____

Tél dom/prof/mob _____

Prénom, nom _____ Qualité _____

Tél dom/prof/mob _____

Prénom, nom _____ Qualité _____

Tél dom/prof/mob _____

*** autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable, conformément aux prescriptions du corps médical consulté. À défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.**

RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de sécurité sociale: _____ Nom de l'assuré _____

Mutuelle: _____

Allergies connues: _____

Autres: _____

- ☐ Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins
☐ Certifie avoir produit le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition datant de moins d'un an.
☐ Avoir joint une photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de mutuelle

Le ____/____/____ à _____

Signature

EXCLUSIVEMENT JUDO/JU-JITSU**Certificat médical** *(remplir ici, uniquement si vous n'avez pas de passeport sportif)*

Je soussigné Docteur _____ (prénom et nom, ville)

certifie avoir examiné Mlle/Mme/M _____ (prénom et nom)

et la/le déclare apte à la pratique du judo, y compris en compétition.

Le ____/____/____ à _____

Signature & tampon du médecin

EXCLUSIVEMENT JUDO/JU-JITSU**Autorisation de contrôle antidopage****Concerne les judokas à partir de cadets.**

Je soussigné(e) _____ (prénom et nom du représentant légal)

autorise le « préleveur » agréé par la FFJDA à procéder sur la personne de mon fils/ma fille
(rayez la mention inutile)

(prénom et nom du judoka mineur ou majeur protégé)

au contrôle antidopage par prélèvement sanguin (en vertu de l'article R232-52 du Code du port).

NB :

- ***Le refus de se soumettre aux mesures de contrôle est sanctionné d'une suspension de toute compétition pendant deux ans.***
- ***Les licenciés concernés devront tenir à disposition des préleveurs agréés une copie de cette autorisation en même temps que leur licence.***

Le ____/____/____ à _____

Signature

POUR TOUTES NOS SECTIONS **Droit à l'image**

Je soussigné(e) _____ (prénom et nom du représentant légal)

autorise la prise de vues (photos, vidéos) de moi-même/mon enfant (rayez la mention inutile).

Celles-ci pourront être utilisées dans le cadre de la correspondance ou peuvent illustrer des activités sportives ou publicitaires de J3F à des fins de promotion de l'association ou dans un but strictement pédagogique ou éducatif.

Le ____/____/____ à _____

Signature



EXCLUSIVEMENT GYMNASTIQUE VOLONTAIRE

ATTESTATION MÉDICALE de non contre-indication à la pratique de la gymnastique volontaire à partir de 60 ans ⁽¹⁾

PARTIE A : Je soussigné, docteur _____ à _____ certifie que

M. / Mme (*) nom _____ prénom _____ âge _____
ne présente aucune contre-indication à la pratique d'activités physiques organisées par la F.F.E.P.G.V. pour les personnes de 60 ans et plus.
(*) rayez la mention inutile

PARTIE B : CONSEILS A L'ANIMATEUR(TRICE)

Précautions particulières à prendre concernant (entourez les mentions utiles et préciser au besoin) :

L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Colonne vertébrale _____
Membres supérieurs _____
Membres inférieurs _____
Prothèses _____

L'APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Fréquence cardiaque à ne pas dépasser _____
Cœur à ménager _____

L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Essoufflement _____
.....

L'APPAREIL NEURO-SENSORIEL

Troubles de l'équilibre _____
Vertiges _____
Surdité _____
Troubles de la vue _____
.....

AUTRES PRÉCAUTIONS

ATTESTATION DELIVR E A LA DEMANDE DE L'INTERESSÉ (E) ET REMISE EN MAIN PROPRE

Signature du demandeur _____ Cachet et signature du médecin _____

Date _____

(1)   l'exclusion de stages intensifs ou d'activités physiques particulières pour lesquelles le certificat d'aptitude à la pratique du sport est exigé.

NOTE AUX ANIMATEURS (TRICES)

Après avoir pris connaissance de cette attestation, veuillez la conserver à la section. En cas d'incident survenant en séance, prévenez le Médecin Départemental. N'oubliez pas, pour un contact éventuel, de joindre votre adresse. La COMED pourra, ainsi, évaluer les incidents et accidents survenus au plus de 60 ans.
