

Licencié(s):

Nom et prénoms	M/F	Né(e) le	à	Départ.	Ceinture	Passo port	ONEP	ONEF

Paiement en 3 chèques: le 1er de : 2ième 3ième Total

Déjà réglé : 0

Responsable : _____

Mme Mlle Mr et Mme Mr

Profession (Facultatif)

Nom

Prénoms

Adresse

Tél. Tél2.

Courriel

Paiement : _____

Paiement comptant	Espèces	Chèques
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Paiement échelonné		
1er versement ___/20__	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2ième versement ___/20__	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3ième versement ___/20__	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totaux :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANCV Coupon Sport
 Chèques Vac.
 Atouts Normandi
 Virement

Saisie par (initiales) :

<input type="text"/>	Base Judo
<input type="text"/>	Suivi Encaissement
<input type="text"/>	Extranet Fédération

Droit à l'image, j'autorise le Judo Club de Pacy à utiliser l'image de mon enfant mineur à des fins de publication dans les médias d'information et sur le site internet du club.
 J'ai pris connaissance que missionné par le club, je suis garanti dommage tout accident sans franchise en cas de défaillance ou d'absence du contrat d'assurance automobile de mon véhicule lorsque je l'utilise pour conduire gratuitement des licenciés sur les lieux d'activités sportives. (cf site FFJDA) Contrôles anti-dopage : dans le cadre de la lutte anti-dopage, les parents des mineurs cadets et juniors participant à des compétitions doivent signer une autorisation de prélèvement intrusif (le plus souvent une prise de sang) sur leurs enfants par du personnel agréé (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire). Ces contrôles peuvent être effectués pendant les compétitions mais également pendant les entraînements. L'absence d'autorisation peut entraîner une exclusion de compétition pendant deux ans

Je reconnais avoir pris connaissance de ces éléments et du règlement intérieur du judo club et en accepter les termes sans restrictions.

Date : Signature :

Observations diverses :

QUESTIONNAIRE MÉDICAL – PERSONNE MAJEURE



En vue 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.

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

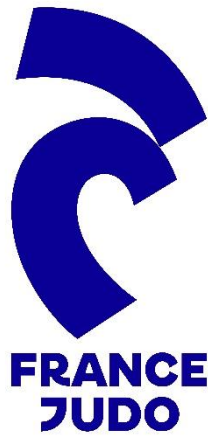
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		
	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

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.



**PRISE DE LICENCE
MAJEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.*

Date et signature du sportif.

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION

**Je soussigné, Docteur
certifie avoir examiné Mlle, Mme, M.....
né(e) le appartenant à l'association
sportive JUDO CLUB de PACY SUR EURE et n'avoir pas constaté,
à la date de ce jour , de signes cliniques apparemment contre-
indiquant la pratique du JUDO JU-JITSU en compétition**

Date

Cachet



AUTORISATION DE LIBRE DROIT À L'IMAGE

Au cours de l'année sportive 2023-2024, vous ou votre enfant, êtes susceptible d'être photographié (voire filmé) individuellement ou en groupe parmi les judokas.

Ces clichés, pris par un dirigeant, pourraient être utilisés pour la promotion des activités du club et sa communication interne et externe y compris sur son site Internet, ses réseaux sociaux ou la presse locale, et ce sans limite dans le temps.

En raison de l'obligation de respecter le droit à l'image, nous vous remercions de lire attentivement et de remplir le formulaire ci-dessous :

POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur.....,

agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Autre (précisez) :

représentant l'(les) enfant(s) mineur(s) :

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

NOM : PRENOM :

autorise le JUDO CLUB DE PACY à utiliser son (leur) image / n'autorise pas

POUR LES MAJEURS

Je, soussigné(e) Madame, Monsieur.....,

autorise le JUDO CLUB DE PACY à utiliser mon image / n'autorise pas

Date : / /

Signature :