

CADRE ADMINISTRATION (Ne rien remplir)	Certificat médical (tous les 3 ans) : <input type="checkbox"/>
	Questionnaire de santé (tous les ans) : favorable <input type="checkbox"/>
	Paiement : espèce <input type="checkbox"/> ou chèque <input type="checkbox"/> / encaissé <input type="checkbox"/> / exempté <input type="checkbox"/>
	Licence : demande faite <input type="checkbox"/> / talon donné <input type="checkbox"/>
	Fiche enregistrée dans la base de données : <input type="checkbox"/>
	Passeport neuf donné : <input type="checkbox"/> <i>Pour les nouveaux adhérents</i>
	Autorisation parentale pour les mineurs : <input type="checkbox"/>

Merci de compléter les informations ci-dessous

PREMIERE INSCRIPTIN | RENOUELEMENT

INFORMATIONS PERSONNELLES			
NOM		Date d'inscription	
PRENOM			
Adresse			
Code postal		Ville	
Date de naissance *		Lieu de naissance	
N° de téléphone		N° de mobile	
E-mail*		Profession	
Cheminot ou ayant droit		Oui Non <i>(Barrer la mention inutile)</i>	

	Année de début	N° licence	Grade actuel et date d'obtention	Diplômes Enseignement N° et date obtention
AÏKIDO				

CERTIFICAT MEDICAL	
1- C'est ma première licence au dojo ou j'ai un Certificat de plus de 3 ans.	2- C'est un renouvellement de licence j'ai un Certificat Médical datant de moins de 3 ans
Je dois fournir un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'Aïkido <i>(Document joint)</i>	Je dois remplir un questionnaire de santé <i>(Document joint)</i> , A- <i>J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions</i> <input type="checkbox"/> B- <i>j'ai répondu OUI à au moins une question, je dois fournir un Certificat Médical de non contre indication à la pratique de l'Aïkido (Document joint)</i> <input type="checkbox"/>

FRAIS INSCRIPTION

AIKIDO	(adhésion club et cours)	(licence F.F.A.B)	TOTAL
Adultes cheminots / étudiants	144€	36 €	180 €
Adultes	159€	36 €	195€
Dirigeants ou enseignants			Gratuit
8-14 ans *	96€	26€	95 €
Déduction exceptionnelle « Covid 19 » uniquement pour un renouvellement			- 15€
Votre cotisation			... €

Possibilité de payer en 3 fois (donner les 3 chèques et indiquer au dos les dates d'encaissement)

Merci d'effectuer votre règlement par chèque à l'ordre de « **A.S.C.R Aïkido** »

(*) Pour les mineurs, remplir la fiche autorisation parentale en document joint au dossier ou à demander aux Membres du Bureau.

(Merci de nous aider à améliorer notre communication : cochez la case et complétez)

- Site du club WWW.AIKIDO-RENNES.FR
- Internet (autre que le site du club) ; nom du site :
- Facebook
- Autres ; précisez :

Les informations recueillies sont nécessaires à la gestion de l'association. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux membres du Conseil d'Administration de l'association.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernant.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez en faire la demande par mail à un des membres du bureau de l'association.

J'autorise je n'autorise pas , l'association **ASCR RENNES** à utiliser toute photo ou vidéo sur lesquelles je serai, à des fins de communication interne et/ou externe (exemple affiche, marque page, clip vidéo...) pour la promotion de l'association.

Je certifie avoir pris connaissance du règlement interne de l'association et à m'y conformer durant tout le temps que je serai adhérent à l'association.

A le

Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné-e Dr.

Certifie avoir examiné ce jour, M/Mme / Mlle :

.....

Né-e le / / et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique de l'Aïkido.

Fait à

Le

Cachet et signature du médecin :

AUTORISATION PARENTALE

PRATIQUANT :

NOM : PRENOM :

Sexe : Né le :

Le reste est complété dans la fiche d'inscription

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES :

Sujet à l'asthme* : oui non

Allergies* : oui non lesquelles :

Informations particulières à connaître en cas d'accident :

.....
.....
.....

PARENTS :

NOM DU REPRESENTANT LEGAL :

PRENOM :

ADRESSE :

.....
.....

Code postal : Ville :

TEL :

PROFESSION DU PERE :

PROFESSION DE LA MERE :

SITUATION FAMILIALE : marié(e) / veuf(ve)divorcé(e) /séparé(e) célibataire / vie maritale

A qui a été confiée la garde de l'enfant

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant agissant en qualité de autorise mon enfant à pratiquer l'Aïkido au sein de l'Association **ASCR RENNES** et à participer à toutes les activités organisées par cette association pour la saison : **2020-2021**

Je dégage l'association de toute responsabilité d'encadrement en dehors des cours.

J'ai bien noté que la responsabilité de l'Association **ASCR RENNES** est engagée à partir du moment où l'enfant est remis en main propre, au début du cours, à un des responsables présent de l'association.

Cette responsabilité prend fin à 18h45 au moment de la fin du cours. Je prends donc mes dispositions pour la prise en charge de l'enfant en dehors des cours.

Fait à, le

Signature

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.