

JUDO CLUB DE VERMAND

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR LE CLUB

JUDO CLUB DE VERMAND

(à remplir obligatoirement par un médecin)



CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE DU JUDO

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour Mme, Mlle, Mr :

Nom :

Prénom :

né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, des signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du judo en entraînement et animations, y compris en compétition.

À.....

Le.....

Cachet du Médecin

Signature

**EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ADHERENT
DANS SON PASSEPORT**

JUDO CLUB DE VERMAND

(à remplir obligatoirement par un médecin)



CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE INDICATION
A LA PRATIQUE DU JUDO

Je soussigné(e) Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour Mme, Mlle, Mr :

Nom :

Prénom :

né(e) le :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, des signes cliniques apparents contre indiquant la pratique du judo en entraînement et animations, y compris en compétition.

À.....

Le.....

Cachet du Médecin

Signature

JUDO CLUB DE VERMAND



Nouvelle licence ☐ Déjà licencié ☐

Nom : Prénom :

Date de naissance:/...../..... Ceinture : CB/BJ/CJ/JO/CO/OV/CV/CBL/CM/CN

n° de licence:

Certificat médical ☐ en compétition ☐

RESPONSABLE LEGAL

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal: Ville.....

Tel fixe :/...../...../...../..... Tel portable :/...../...../...../.....

Tel du conjoint :/...../...../...../.....

Mail :@.....

Cadre réserver au club

Licence :	Gratuite ☐	40€ ☐	20€ ☐		
	A	B	C	D	E
Cotisation	64 € ☐	100 € ☐	109 € ☐	72 € ☐	120 € ☐
Nombre de chèque :					

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné (e) (nom et prénom)représentant légal de
(nom et prénom du mineur) déclare autoriser le club de judo à
faire paraître sur tous supports (journaux, plaquette , site internet du club, facebook...) les
photographies ou films sur lesquels mon enfant peut figurer.

Autorisation parentale

N° de téléphone en cas d'urgence :/...../...../...../.....

N° de Sécurité Sociale

Je soussigné (e) (nom et prénom)représentant légal de
(nom et prénom du mineur)

- ☐ Déclare autoriser nom fils/ma fille à participer aux activités de l'association
- ☐ Déclare autoriser nom fils/ma fille à quitter seul (e) les locaux de l'association sous ma responsabilité
- ☐ Déclare autoriser nom fils/ma fille à participer aux déplacements lors des sorties effectuées par l'association et déclare dégager de toute responsabilité l'association concernant les blessures et dommages occasionnés par mon fils/ma fille à soi-même ou à un tiers.
- ☐ Déclare également dégager de toute responsabilité les personnes utilisant leur véhicule en tant qu'accompagnateur lors du transport de mon fils/ma fille pour les sorties organisées dans le cadre des activités du club concernant toutes blessures ou dommages pouvant lui être occasionnés et éventuel accident ou tout autre événement pouvant survenir.
- ☐ Déclare autoriser le responsable de l'association ou l'un de ses représentants à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de mon fils/ma fille.
Par ailleurs,
 - Je certifie que mon fils/ma fille est à jour de tous ses vaccins
 - Je certifie avoir remis le certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition.

Fait à

Le/...../.....

Signature du responsable légal
(Précédée de la mention "lu et approuvé")

A : Eveils judo/petits Samourais **B** : Près-poussins à benjamins / Jeunes Samourais **C** : Minimes à adultes / Samourais Ado-Adulte **D** : Taïso ou Self-Défense **E** : Taïso et Self-Défense

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 sport 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.



**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.

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 ?	☐	☐
<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.



**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.