



# JUDO CLUB DANNEMARIE

## DOSSIER D'INSCRIPTION JUDO - TAÏSO SAISON 2026 - 27



JUDO

TAÏSO

### MEMBRE

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
Adresse :  
Commune : Code postal :  
N° téléphone : @ email :  
1<sup>ère</sup> année de pratique : Oui Non ou N° de licence : Grade :

### REPRÉSENTANT LÉGAL pour les mineurs

Nom : Prénom : Mère Père  
Adresse : Tuteur  
Commune : Code postal :  
N° téléphone Mère : N° téléphone Père :  
@ email :

### COTISATION

JUDO (- de 14ans) : 130€

JUDO (+ de 14ans) : 150€

TAÏSO : 120€

Une réduction de 10€ est appliquée par membres supplémentaires d'une même famille.

Deux séances d'essais gratuites sont possibles pour tout nouveau pratiquant de judo ou taïso. A l'issue de ces deux séances, le dossier devra être complété et remis à l'encadrement accompagné du montant de la cotisation. Nous acceptons les fractionnements en deux parties. Nous acceptons les aides officielles.

Si utilisation du Pass Sport, merci d'indiquer le numéro ici :

- Indiquez ici le ou les noms des autres membres de la même famille  
Nom, Prénom, discipline 1 :  
Nom, Prénom, discipline 2 :  
Nom, Prénom, discipline 3 :

Montant total dû : Chèque, « JUDO CLUB DANNEMARIE » Espèce

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et l'accepte sans condition.  
Je m'engage à le respecter.

Fait à Le Signature du membre ou de son représentant



# JUDO CLUB DANNEMARIE

DOSSIER D'INSCRIPTION  
JUDO - TAÏSO SAISON 2026 - 27



## DROIT A L'IMAGE

Conformément à la loi, chaque personne, dispose d'un droit exclusif de son image et de son utilisation.

Dans le cadre de nos activités sportives ou récréative, nous serons susceptibles de prendre des photos ou des vidéos dans le simple but de garder et de partager avec les membres du club des souvenirs. Certaines photos ou vidéos pourront faire l'objet d'une diffusion promotionnelle sur notre site internet, sur les réseaux sociaux ou encore dans les journaux.

Autorisation de publication de l'image individuelle et collective

### Membre mineur

Je soussigné (Nom, Prénom)

Agissant en qualité de Mère      Père      Tuteur légal      parent exerçant le droit de garde

De (Nom, Prénom)

Déclare sur l'honneur :

Avoir le plein exercice de l'autorité parentale, d'être investi du droit de garde ou de la tutelle du mineur ci-dessus désigné.

Je déclare autoriser la publication par le club, de l'image de mon enfant ci-dessus désigné dans le respect de publications d'ordre associatives et/ou sportives à l'exclusion de toute publication à caractère commercial.

Je déclare ne pas autoriser la publication de l'image de mon enfant ci-dessus désigné.

Fait à      Le      Signatures du membre et de son représentant

### Membre majeur

Je soussigné (Nom, Prénom)

Déclare autoriser la publication de mon image par le club dans le respect de publications d'ordre associatives et/ou sportives à l'exclusion de toute publication à caractère commercial.

Déclare ne pas autoriser la publication de mon image.

Fait à      Le      Signature



# JUDO CLUB DANNEMARIE

DOSSIER D'INSCRIPTION  
JUDO - TAÏSO SAISON 2026 - 27



## PRISE DE LICENCE MINEUR

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

Je soussigné M/Mme (Nom, prénom)

en ma qualité de représentant légal de (Nom, prénom)

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.

## PRISE DE LICENCE MAJEUR

### ATTESTATION QS sport

Je soussigné M/Mme (Nom, prénom)

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

# 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.



FRANCE  
JUDO

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 : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon                                                                                                                                                                                                                                                |  |     |     |
|                                 | Ton âge : <input type="text"/> 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 ?<br>(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.