



# ALM KARATE

## KYOKUSHIN

www.karate-kyokushin-montivilliers.fr



**Complexe Max Louvel, Rue Pablo Picasso 76290 Montivilliers**

Olivier Gandolfo – Instructeur Fédéral – Tel : 06.09.90.38.80

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### DOCUMENTS A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION

- Fiche d'inscription complétée
- **Certificat médical de non contre-indication à la pratique en entraînement et compétition** du karaté et des arts martiaux affinitaires pour les compétiteurs, les nouveaux licenciés et ceux ayant un certificat médical de plus de trois ans OU attestation sur l'honneur de réponse au contenu du questionnaire relatif à l'état de santé pour le renouvellement d'une licence pour les licenciés ayant un certificat médical de moins de trois ans
- Fiche médicale
- Photo d'identité en version numérique de préférence
- Règlement des cotisations et licence par virement bancaire, chèque ou espèce

### EQUIPEMENT OBLIGATOIRE

- *Kyokushin* :
  - Dogi Kyokushin (Kimono – Vente au club)
  - Ceinture
  - Mitaines de frappe (Vente au club)
  - Protèges tibias (Vente au club)
  - Coquille pour garçons et protège poitrine les filles formées
- *K-Mix* :
  - T-shirt et short de combat (type MMA – vente au club)
  - Mitaines de frappe rembourrées (type MMA – vente au club)
  - Protèges tibias (vente au club)
  - Coquille pour hommes et protège poitrine femmes
- *Cross-training* :
  - T-shirt et short/legging de sport (vente au club)
  - Chaussures autorisées : usage intérieur **UNIQUEMENT** (type fitness)



**Complexe Max Louvel, Rue Pablo Picasso 76290  
Montivilliers**

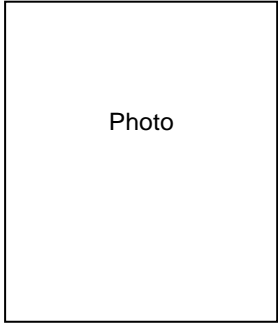
Olivier Gandolfo – Instructeur Fédéral – Tel : 06.09.90.38.80

**FICHE D'INSCRIPTION licencié majeur 2023-2024**

**Kyokushin**                       **K-Mix**                       **Cross-training**

Cocher la ou les activités choisie(s)

SAISON : 2023 / 2024                      Date d'inscription : ...../...../.....  
Nom : .....                      Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / .....                      Poids : .....                      Taille : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....                      Ville : .....  
Email (MAJ) : .....  
Tél domicile : .....                      Tél portable : .....  
N° de licence FFKDA : .....                      Grade : .....



Partie réservée au médecin

**CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DES SPORTS EN COMPETITION**

**CERTIFICAT D'APTITUDE**

Je soussigné, Docteur ..... certifie avoir examiné  
(Mr, Mme, Melle) ..... né(e) le .....  
demeurant ..... Code postal .....  
Ville ..... licencié(e) au club de Montivilliers et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la  
pratique du karaté et des arts martiaux affinitaires (entraînement & compétition)  
Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature :

**SURCLASSEMENT :**

Je déclare que (Mr, Mme, Melle) ..... , présentant un bon état organique, physiologique et  
un bon équilibre morphologique, est apte à pratiquer dans la CATEGORIE IMMEDIATEMENT SUPERIEURE le karaté en  
compétition.

Signature :

N.B : M, Mme, Mlle .....(porte / ne porte pas) de lunettes de correction

**DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné .....(NOM, Prénom), déclare autoriser la prise d'images  
(photographie, vidéo) par l'association ALM Karaté KJE au dojo et lors des événements (forum, compétitions,...) ainsi que leur  
diffusion dans le cadre associatif et sportif (site internet, réseaux sociaux, affiches, presse).

Fait à ..... le .....

Signature



## Complexe Max Louvel, Rue Pablo Picasso 76290 Montivilliers

Olivier Gandolfo – Instructeur Fédéral – Tel : 06.09.90.38.80

### FICHE MEDICALE

#### LE PRATIQUANT

Nom : .....

Prénom : .....

#### LE MEDECIN

Nom : ..... N° Tél: .....

Adresse : .....

#### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : ..... Prénom : .....

N° Tél. domicile : ..... N° Tél portable : .....

Nom : ..... Prénom : .....

N° Tél domicile : ..... N° Tél portable : .....

#### EN CAS D'HOSPITALISATION

Hôpital :          Non          Oui          \*

Nom de l'hôpital : ..... Service : .....

Adresse : .....

Clinique :          Non          Oui          \*

Nom de la clinique : ..... Service : .....

Adresse : .....

Je donne pouvoir aux responsables de ALM KYOKUSHIN Montivilliers, pour qu'ils prennent toute décision indispensable, en cas de maladie ou accident, et en autoriser une intervention chirurgicale en cas d'urgence, lors d'une compétition ou d'un entrainement, au cas ou les personnes désignées ci dessus n'aient pu être jointes.

Lieu et date :

\* Rayer les mentions inutiles

Signature ou signature des parents :

### Annexe n°3 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES LICENCIÉS MAJEURS

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.

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ADHERENT

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 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.

Annexe n°4 :

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RELATIF A  
L'ETAT DE SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE**

**LICENCIÉ MAJEUR**

Je soussigné(e) Monsieur/Madame \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

atteste avoir complété l'ensemble du Questionnaire de santé « QS-SPORT » (CERFA n°15699\*01) et avoir répondu **néativement** à l'ensemble des items présentés.

Date et signature :