



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**

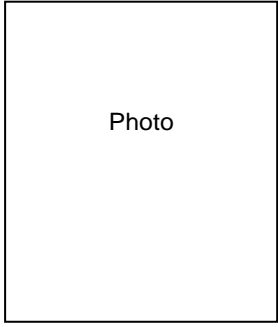
Olivier Gandolfo – Instructeur Fédéral – Tel : 06.09.90.38.80

FICHE D'INSCRIPTION licencié mineur 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 lentilles de correction

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (Mr, Mme) (Père, Mère, Tuteur) demeurant
..... Tél :
.....

Autorise : Nom : Prénom : Né(e) le
...../...../..... à

Licencié(e) au club de Montivilliers, à pratiquer le Karaté Kyokushin / Cross-training / K-mix (*rayez la ou les mentions
inutiles*).

J'autorise la prise d'images (photographie, vidéo) par l'association ALM Karaté KJE au dojo et lors des évènements (forum,
compétitions...), ainsi que leur diffusion dans le cadre associatif et sportif (site internet, réseaux sociaux, affiches, presse).

Faire précéder la signature de la mention manuscrite " certifié sincère et exacte "

A 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°1 :

« ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3)

« QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE 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 regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge : ___ ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis l'année dernière	OUI	NON
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

**ATTESTATION DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RLLATIF A L'ETAT DE SANTE
DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU
DE L'INSCRIPTION A UNE COMPETITION**

LICENCIÉ MINEUR

Je soussigné(e) _____

exerce l'autorité parentale sur _____

atteste avoir complété conjointement avec mon enfant l'ensemble du « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur » situé à l'ANNEXE II-23 (article A. 231-3 du code sport) et avoir conjointement répondu **négativement** à l'ensemble des items présentés.

Date et signature (de la personne exerçant l'autorité parentale) :