

☐ Informations licencié☐ Règlement☐ Attestation QS ou Certificat médical☐ Droit d'image

# DOSSIER D'INSCRIPTION saison 2025-2026

Salle de Saint Jacques - Stade Salvador Allende 35136 Saint Jacques de la Lande

Salle de Guichen - Complexe sportif Jean-Pierre Loussouarn 35580 Guichen

[www.judostjacques.com](http://www.judostjacques.com) - [judostjacques@gmail.com](mailto:judostjacques@gmail.com) - 06.71.28.79.69

Retrouvez nous aussi sur :

## LICENCE

Renouvellement ou déjà licencié : ☐ Nouvel adhérent ☐ St Jacques ☐ AutreNom : Prénom : Nom Jeune Fille : Date de Naissance : Age :  ansSexe : ☐ F ☐ MGrade : B / BJ / J / JO / O / OV / V / VB / B / M  danAdresse : Code Postal : Ville : Tel Port. 1 : E-mail 1 : Tel Port. 2 : E-mail 2 : 

## CHOIX DES HORAIRES

Cochez les créneaux souhaités (\* en fonction du nombre de places disponibles)

|                                 | MARDI                                  | MERCREDI                                       | VENDREDI                                       | SAMEDI                                 |
|---------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Baby<br>(4/5 ans)               |                                        |                                                |                                                | <input type="checkbox"/> 9h30 - 10h15  |
| 6/8 ans<br>2 séances possibles  | <input type="checkbox"/> 17h15-18h15   |                                                |                                                | <input type="checkbox"/> 10h15 - 11h15 |
| 9/12 ans<br>2 séances possibles | <input type="checkbox"/> 18h15 - 19h30 |                                                |                                                | <input type="checkbox"/> 11h15 - 12h30 |
| Ados / Adultes 13+<br>Illimité  | <input type="checkbox"/> 19h30 - 21h   | <input type="checkbox"/> 20h - 21h45 (Guichen) | <input type="checkbox"/> 18h30 - 20h (Guichen) |                                        |

## REGLEMENT FINANCIER

Remise de 10 € à partir du 2<sup>e</sup> membre licencié de la famille

| BABY DO 4 à 5 ans                                                                                            | JUDO 6 à 8 ans                                     | JUDO à partir de 9 ans                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 165€                                                                                | <input type="checkbox"/> 185€                      | <input type="checkbox"/> 195€                                             |
| <input type="checkbox"/> Chèque : .....€ Nb : .....                                                          | <input type="checkbox"/> Espèces : .....€          | <input type="checkbox"/> Carte sortir : .....€<br>Reste à charge : .....€ |
| <input type="checkbox"/> Coupons sport 10/18 ans<br>(Fournir attestation CAF de rentrée + livret de famille) | <input type="checkbox"/> Chèques vacances : .....€ | <input type="checkbox"/> Code Pass sport : .....<br>+ <b>Justificatif</b> |

### RENSEIGNEMENTS CHEQUES

(merci de bien vouloir renseigner cet espace si règlement par chèque)

Nom du payeur : .....

Banque : .....

Somme totale payée : .....€

| N° de chèque émis | Montant | Date d'encaissement                                                            |
|-------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------|
|                   |         | <input type="checkbox"/> 15 septembre<br><input type="checkbox"/> 30 septembre |
|                   |         | <input type="checkbox"/> 15 octobre<br><input type="checkbox"/> 30 octobre     |
|                   |         | <input type="checkbox"/> 15 novembre<br><input type="checkbox"/> 30 novembre   |
|                   |         | <input type="checkbox"/> 15 décembre<br><input type="checkbox"/> 30 décembre   |

## MEDICAL

**Si l'adhérent est mineur :** Je soussigné (e) ....., parent ou tuteur légal de l'enfant ....., autorise le professeur, les organisateurs, l'équipe d'encadrement du club, à prendre toutes mesures nécessaires, en cas d'urgence médicale.

- ☐ Je signale la contre-indication ou allergie médicale suivante : .....
- ☐ Je déclare un handicap physique ou mental
- ☐ Je sollicite un entretien avec l'enseignant ou un membre du bureau pour signaler une particularité médicale

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

Autorise, en ma qualité de ☐ représentant(e) légal(e) ☐ adhérent(e) l'association sportive « **Judo Club St Jacques** » à diffuser les photographies prises à l'occasion des entraînements, des compétitions sportives ou autres manifestations sportives sur lesquelles figure

☐ mon enfant Nom : ..... Prénom : ..... ☐ moi même  
en vue de :

- ☐ Les mettre en ligne à la disposition de toute personne qui viendra se connecter sur le site internet de l'association ou sur les réseaux sociaux
- ☐ Les publier dans les journaux à destination de tout public dans le cadre de reportages à caractère sportif. Cette autorisation est valable pour une durée de 1 an à compter de la présente et peut être révoquée à tout moment par écrit. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit de communication, de rectification et de suppression des informations diffusées me concernant. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports expressément mentionnés.

## LICENCE FRANCE JUDO

Le Judo Club St Jacques est affilié à la Fédération Française de Judo (FFJDA). Tous les adhérents de notre association sont donc licenciés à cette fédération. L'assurance fédérale couvre le licencié pour toutes les activités (entraînements et compétitions).

**LOI DU 06/01/1978** modifiée « Informatique, Fichiers et Libertés » Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFJDA.

Vous autorisez expressément la FFJDA à traiter et conserver par informatique les données vous concernant Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à Jour des données vous concernant auprès du service licences de la FFJDA. Ces informations sont destinées à la FFJDA et peuvent être communiquées à des tiers. La FFJDA s'engage à leur demander de respecter les droits applicables en matière de droit à la vie privée et de protection personnelle. Si vous vous opposez à ce que vos données à caractère personnel soient communiquées à des tiers à des fins de prospection, notamment commerciale, **veuillez cocher la case suivante** ☐

**Assurance** - L'établissement de la licence permet à son titulaire de bénéficier de l'assurance Responsabilité Civile souscrite par la FFJDA auprès de SMACL. Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. Par ailleurs, la FFJDA lui donne la possibilité de bénéficier de l'assurance Accidents Corporels, souscrite auprès SMACL. Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. Le soussigné déclare avoir pris connaissance et accepté l'ensemble de ces garanties telles qu'indiquées dans la notice d'information. Le montant de l'assurance Accidents Corporels est de 2,30 € TTC. Le soussigné déclare avoir été informé, dans la notice d'assurance, des possibilités d'extensions optionnelles complémentaires aux garanties de base ou de toute autre garantie adaptée à sa situation qu'il peut avoir intérêt à souscrire personnellement auprès de SMACL. Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. (Bulletin de souscription disponible téléchargeable sur le site Internet de la FFJDA [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com)) ou de l'assureur de son choix.

La FFJDA informe ses licenciés de leur intérêt à souscrire une assurance Accidents corporels, en cas de refus de souscription de l'assurance Accidents Corporels proposée par la FFJDA. Le club doit s'assurer que le soussigné a bien pris connaissance des informations assurances figurant au dos du formulaire à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

**Les notices d'assurance sont téléchargeables au le lien suivant :** [www.ffjudo.com/assurance](http://www.ffjudo.com/assurance)

Tout titulaire d'une licence fédérale s'engage à respecter les statuts et règlements de la FFJDA (recueil des textes officiels disponible auprès du club et sur [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com))

☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur (disponible sur notre site internet [www.judostjacques.com](http://www.judostjacques.com))

Représentant Légal  
(Nom et Qualité)

Signature précédée  
de « **Lu et Approuvé** »

Date et Signature  
obligatoires

Date : ...../...../20.....



## 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.

# 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 : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                          | OUI | NON |
| Ton âge :            ans                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                          |     |     |
| 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 ?      |     |     |
| A ce jour                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                          | OUI | NON |
| 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.