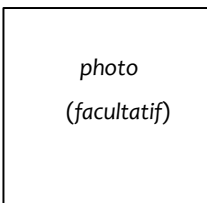




# LA CHAPELAINE KARATE

DOJO de la Coutancière – 1 allée des Favrières  
44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE



## INSCRIPTION saison 2026/2027

Nom – prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Autre Téléphone : .....  
E-mail : .....

Contact en cas d'urgence : Mme/Mr .....  
Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Débutez-vous le karaté ? OUI  NON  n° licence : .....  
Grade : .....  
Disposez-vous déjà pour cette saison d'une licence acquise dans un autre club ?  
Si OUI : n° licence ..... Club : .....

### AUTORISATION PERSONNELLE OU PARENTALE

**Pour les adhérents majeurs seulement,** veuillez lire et cocher la case ci-dessous pour acceptation :  
 J'autorise le professeur de karaté à prendre toutes les dispositions médicales qui s'avèreraient nécessaires pour moi-même lors du déroulement des cours et des compétitions.  
 J'autorise la prise d'images sur lesquelles je pourrais figurer lors d'une manifestation sportive et leur utilisation pour la promotion des actions de La Chapelaine Karaté.

**Pour les adhérents mineurs seulement,** veuillez lire, compléter et cocher les cases ci-dessous pour acceptation :  
Je soussigné(e) .....  
mère / père de .....

- autorise mon enfant à pratiquer le karaté au sein de votre club.
- autorise le professeur de karaté à prendre toutes les dispositions médicales qui s'avèreraient nécessaires pour mon enfant lors du déroulement des cours et des compétitions.
- autorise la prise d'images sur lesquelles mon enfant pourrait figurer lors d'une manifestation sportive et leur utilisation pour la promotion des actions de La Chapelaine Karaté.
- joins l'attestation du questionnaire de santé (obligatoire pour les mineurs) à ce dossier.

La responsabilité du club et des professeurs commence et s'arrête aux limites du tatami. Les parents sont responsables de l'acheminement jusqu'au début du cours et de la prise en charge des enfants à la fin des cours.

### AUTORISATION PARENTALE POUR LA SORTIE DES PRATIQUANTS MINEURS

Je soussigné(e).....autorise mon enfant à sortir seul du dojo et à effectuer le trajet dojo-domicile (adresse indiquée ci-dessus) sans la présence de son responsable légal.

Fait le ..... Signature :

### COTISATIONS

	Montant	Quel choix (cocher la case)
Karaté Enfants (8/11 ans) (2015/2018)	115 €	<input type="checkbox"/>
Karaté Ados (12/15 ans) (2011/2014)	150 €	<input type="checkbox"/>
Karaté Adultes (à partir de 16 ans) (2010) Possibilité de suivre les cours du Karaté Bien-être sans frais supplémentaire	195 €	<input type="checkbox"/>
Karaté Bien-être	115 €	<input type="checkbox"/>

Plusieurs membres d'une même famille (cf. secrétariat - réduction)  
Paiement par : Chèques (à l'ordre de La Chapelaine Karaté) / Espèces / Autres

Date	Règlement par chèques / espèces / autres	Montant

Quelles sont vos motivations ?  Loisir  Compétition

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du club.

**Aucun remboursement de cotisation ne sera effectué en cours d'année.**

Fait le ..... Signature :

**Dossier à envoyer à : Myriam BOCQUEL - 112 Retoire - 44390 SAFFRE**

Pièces à joindre obligatoirement au dossier :

- Règlement en 1, 2 ou 3 fois
- L'attestation du questionnaire de santé obligatoire pour les mineurs

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 SUR L'HONNEUR DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RELATIF 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) :