



www.ejib.fr
ejib@sfr.fr

NUMERO DE DOSSIER :

CERTIFICAT :

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2025-2026

Pour une inscription rapide auprès de la Fédération, merci de nous remettre les dossiers complets.

NOM _____	PRENOM _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE ____ / ____ / ____	à _____
NATIONALITE _____	SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N° _____ RUE _____	CP _____ VILLE _____
☎ _____	E. MAIL _____ @ _____

Nouvelle adhésion

- Fiche d'inscription
- 1 photo d'identité
- 1 photocopie de la carte d'identité recto verso ou livret de famille (licencié uniquement)
- Attestation du questionnaire santé ou certificats médicaux.
- Paiement (licence, passeport, cotisations dues à l'année).

Renouvellement

- Fiche d'inscription
- Attestation du questionnaire santé ou certificats médicaux
- Paiement (licence, passeport, cotisations dues à l'année).
- N° licence :
- Grade, date :

- **Licence : 46€**
- **Passeport : 12€ (valable 8 ans)**
- **Cotisations : Nés en 2014 et avant 12€/mois**
Nés en 2015 et après 10€/mois

Paiements acceptés :

Espèces, chèques, chèque vacances (ANCV),
chèque vacances coupon sport (ANCV).
Pass sport (<https://pass.sports.gouv.fr/>)

Tarif pour les familles : (uniquement sur la cotisation)

1^{er} adhérent (le plus âgé)
Plein tarif
A partir du 3^{ème} adhérent (le plus jeune)
½ tarif

Pour les paiements en plusieurs fois, veuillez préciser au dos des chèques la date du 05, 15 ou 30 du mois pour le dépôt ainsi que le nom de l'enfant.

Espèces chèque : banque _____ Chèque n° : _____ Reçu n° : _____
Chèque n° : _____
Chèque n° : _____

Je possède ou mon enfant possède un passeport valide

oui non

J'ai besoin ou mon enfant a besoin d'un passeport (prix : 12 euros)

oui non

AUTORISATION PARENTALE POUR LES ENFANTS MINEURS (OBLIGATOIRE)

Je soussigné(e), _____ autorise mon enfant _____ à pratiquer le Judo et les disciplines associées et reconnais avoir **pris connaissance du règlement intérieur**. J'autorise les responsables du Club Sportif auquel adhère mon enfant, à savoir l'École de Judo jujitsu de Bouchain, à prendre en cas d'accident sérieux dans la pratique du sport, toute décision d'ordre médical, en mes lieux et place, s'il leur est impossible de me joindre en temps voulu.

Indications médicales éventuelles : _____

RESPONSABILITE PARENTALE

La responsabilité de l'École de Judo Jujitsu de Bouchain ne saurait être engagée pour tous dommages subis à l'extérieur de l'enceinte du dojo y compris dans les zones d'accès. Ne pas apporter d'objet de valeur au dojo, le club ne peut en aucun cas être tenu responsable en cas de perte ou de vol.

AUTORISATION POUR LA DIFFUSION DE PHOTOS

(Adultes et enfants)

Je soussigné(e) Mr, Me _____ (pour les enfants (père, mère, tuteur) de) _____ Autorise l'École de Judo Jujitsu de Bouchain à diffuser ma/sa photo, ou vidéo dans le cadre de la presse, dans le bulletin municipal de Bouchain et de notre site WEB et FACEBOOK.

AUTORISATION INSCRIPTION SUR SITE FFJDA

J'autorise l'EJJB à saisir pour mon compte toutes les opérations d'inscription au club sur le site internet de la FFJDA.

"Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion et font l'objet d'un traitement informatique.

Les données recueillies permettent d'assurer le suivi de nos adhérents et l'inscription aux compétitions.

Conformément au RGPD (Règlement Général de la protection des données) vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la Présidente du club, responsable du traitement des données"

Ces données sont uniquement consultables par les membres du comité et leur durée de conservation est de 5 ans.

Elles ne sont en aucune façon transmises à des tiers

Signature avec mention « **lu et approuvé** » :

Date :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	1.	2.	3.
PRENOM			
LIEN PARENTE			
			
PORTABLE			

QUESTIONNAIRE MÉDICAL – PERSONNE MAJEURE



En vue 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.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		
	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

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.



**PRISE DE LICENCE
MAJEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.*

Date et signature du sportif.

CERTIFICAT MEDICAL

A:
Le:

Cachet du médecin

Je soussigné, Docteur

Certifie, après examen, que : M, Mme, l'enfant.....

- Ne présente à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du judo jujitsu Y compris en compétition.
- Est apte à la pratique d'autres sports détente et compétition.
- Est apte physiquement et psychologiquement à recevoir l'enseignement du sport.
- Est apte physiquement et psychologiquement à l'enseignement du sport
- Nécessite une attention particulière à la pratique du
Pour des raisons de :

Scoliose droite, gauche, Hernie, problème de dos, articulaire, etc...

Veillez préciser afin d'adapter au mieux les entraînements de l'élève.
Dans le respect du secret médical.

NB de cases cochées :

Signature.

CERTIFICAT MEDICAL

A:
Le:

Cachet du médecin

Je soussigné, Docteur

Certifie, après examen, que : M, Mme, l'enfant.....

- Ne présente à ce jour, aucune contre-indication à la pratique du judo jujitsu Y compris en compétition.
- Est apte à la pratique d'autres sports détente et compétition.
- Est apte physiquement et psychologiquement à recevoir l'enseignement du sport
- Est apte physiquement et psychologiquement à l'enseignement du sport.
- Nécessite une attention particulière à la pratique du
pour des raisons de :

Scoliose droite, gauche, Hernie, problème de dos, articulaire, etc...

Veillez préciser afin d'adapter au mieux les entraînements de l'élève.
Dans le respect du secret médical.

NB de cases cochées :

Signature.