



ESCP KARATE – ECOLE SPORTIVE CENTRALE DE PARIS DE KARATE

Contact : contact@escpkarate.com/06.61.06.25.96

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
MAIL :
PROFESSION :
ADRESSE :
TEL :
SECTION :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné M(me)
(inscrire votre nom)

Autorise mon fils ou ma fille
(inscrire son nom et prénom)

A participer au cours de Karaté dispensé par
l'association ESCP Karaté pour la saison 20 -20

Montant pour l'inscription + licence +
mutuelle inclus : €

(Dater et signer en faisant précéder de la
motion « lu et approuvé »)

Fait à Paris le :

Signature :

Pièces à fournir lors de l'inscription :

Cette fiche d'inscription remplie en caractères
d'imprimerie.

Un certificat médical « d'aptitude à la pratique du Karaté
et en compétition »

Il est porté à ma connaissance les règles à respecter :

Arrivées et départs : Les parents sont responsables
des enfants jusqu'au début des cours et aussitôt à la fin des
cours. Ceux-ci doivent être présent 10 min maximum avant le
cours et doivent attendre qu'un responsable de l'association
soit présent pour accéder aux vestiaires qui leur auront été
désignés.

Tenue et hygiène : Une tenue correcte est exigée,
Kimono blanc (pantalon et veste obligatoire) avec
ceinture correctement attachée. T-shirt blanc pour
les personnes de sexe féminin. Les pratiquants devront veiller à
avoir les mains et pieds propres,
ongles coupés.

Cours annulés ou reportés : Il peut arriver qu'en raison
de stages ou de compétitions, certains cours pourraient ne pas
avoir lieu. Ces annulations ou reports ne pourront pas
donner lieu à des
remboursements partiels ou total de la cotisation sauf cas
extrême d'interdiction par la Mairie de Paris d'avoir accès à la
salle en cas de Covid 19.

Autorisation : de diffuser par ESCP Karaté et le Président
des vidéos, photos, nom des adhérents sur les différents
réseaux sociaux pour la promotion du club

Remboursement : La cotisation est annuelle, elle
n'est en aucun cas remboursable, qu'elle qu'en soit la raison
(blessure, déménagements, maternité .) . Toute saison entamée
au-delà de la période d'essai sera due même s'il est fait des
facilités de paiements.

Je soussignée, M(me)..... déclare
avoir pris connaissance des modalités d'inscription
pour la saison 20 -20 .

Moi même

Ou mon enfant :

Et déclare en accepter les termes (signer en faisant
précéder de la motion « bon pour accord »

Signature :

**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) :

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.