



# JUDO CLUB GUEBWILLER - SOULTZ

SAISON 2026/2027



## FICHE D'INSCRIPTION

Nouveau licencié : oui ☐ non ☐ si non, N° de Licence FFJDA : ..... Grade au 01/09/2026 : .....

### ➤ Renseignements concernant le licencié :

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse : .....  
.....

Tél portable : ..... E-mail de contact : .....

*Attention, les communications importantes seront transmises par mail.*

### ➤ Pour les mineurs uniquement :

Nom et prénom du représentant légal : .....

|              | Mère | Père | Tuteur |
|--------------|------|------|--------|
| N° téléphone |      |      |        |
| Courriel     |      |      |        |

### Cours concerné : (veuillez cocher la case concernée)

\* Les tarifs indiqués ci-dessous incluent la licence FFJDA de 46€ et la cotisation club.

| Cours                                                               | Tarif normal |  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--|
| Judo éveil (2019 à 2022)                                            | 155€         |  |
| Poussins (2017/2018) Benjamins (2015/2016) Minimes (2013/2014)      | 180 €*       |  |
| Cadets (2012/2011/2010) Juniors (2009/2008) Séniors (2007 et avant) | 200 €*       |  |
| Judo loisir/Jujitsu                                                 | 200 €*       |  |
| Taïso                                                               | 150 €*       |  |

### Réduction famille et tarif étudiant :

☐ 20 € de remise pour 2 pratiquants

☐ 30 € de remise pour 3 pratiquants

☐ Tarif étudiant 119 €

(Sur présentation de la carte étudiante)

- Joindre l'autorisation parentale et l'attestation médicale pour les pratiquants mineurs.
- Joindre un certificat médical datant de moins de 6 mois pour une nouvelle licence adulte ou l'attestation médicale pour un renouvellement de licence adulte.

En signant ce formulaire d'inscription, vous vous engagez à avoir pris connaissance et à respecter le règlement intérieur du Judo club de Guebwiller qui est accessible sur le site : [www.judo-guebwiller.fr](http://www.judo-guebwiller.fr)

Date et Signature:

Cadre réservé au club

Pièces du dossier : ☐ Certificat médical ou attestation

☐ Autorisation parentale

Mode de règlement : ☐ Ligne ☐ Chèque (à l'ordre du Judo Club Guebwiller)

☐ Paiement en 3 échéances (par chèques)



**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                                                                                                                                                                                                                                                |                              |     |     |
|                                                                                                     | Ton âge : <input type="text"/> ans                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              | OUI | NON |
| 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 ? |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |     |     |
| Aujourd'hui                                                                                         | 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                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                              |     |     |
|                                                                                                     | 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 ? (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.



## COMITE DU JUDO CLUB GUEBWILLER - SOULTZ

60, rue Sambre et Meuse 68500 GUEBWILLER

Courriel : [judoclubguebwiller@gmail.com](mailto:judoclubguebwiller@gmail.com)

### AUTORISATION

### AUTORISATION PARENTALE - SAISON 2026/2027

Je soussigné(e) ..... (nom et prénom du représentant légal),  
autorise mon fils / ma fille (\*) ..... (nom et prénom du mineur)

né(e) le ..... à .....

à participer aux activités organisées par le COMITE DU JUDO CLUB GUEBWILLER - SOULTZ (stages, entraînements, tournois, compétitions, animations) pendant la durée de la saison sportive 2026/2027.

### RENSEIGNEMENTS UTILES

Mon fils / ma fille (\*) est du groupe sanguin .....

N° de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché .....

Nom de l'assuré .....

Présente des allergies à .....

### EN CAS D'URGENCE

Personnes à prévenir :

Nom : ..... Qualité : .....

Tel dom / prof / mob .....

Nom : ..... Qualité : .....

Tel dom / prof / mob .....

### DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

J'autorise les responsables du comité du Judo Club de Guebwiller - Soultz à prendre toutes les dispositions qu'ils jugeront nécessaires pour une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale et j'autorise mon enfant à quitter l'hôpital ou la clinique en présence d'un responsable du comité du Judo Club de Guebwiller - Soultz.

Je reconnais avoir été informé(e) que le Comité du Judo Club de Guebwiller - Soultz se décharge de toute responsabilité concernant le transport et le déplacement de mon enfant jusqu'au lieu de rendez-vous fixé dans la convocation.

- Je certifie avoir produit le certificat médical ou l'attestation médicale
- Je certifie que mon enfant est à jour de tous ses vaccins (tétanos, etc...)
- Je reconnais avoir été informé(e) que la pratique du judo en compétition implique implicitement la renonciation du droit à l'image (photos ou vidéos faites par le club ou les organisateurs des différents tournois : podiums, combats, etc...)

Fait à ..... le .....

**Signature du responsable légal**

Précédée de la mention «lu et approuvé»

(\*) rayer les mentions inutiles

Tout judoka n'ayant pas rendu ce document, dûment complété et signé par son représentant légal, au secrétaire du Judo Club de Guebwiller - Soultz ne sera pas admis sur les compétitions & transport.