

JUDO CLUB BOISSY SOUS SAINT YON - Saison 2026 / 2027

1

FICHE D'INSCRIPTION : Retrouvez toutes les informations sur : <https://jcbssy.fr/>

1 EMAIL _____ @ _____
(pour license)

2 ADHÉRENT / ENFANT (ÉCRITURE LISIBLE EN MAJUSCULE SVP)

Nom _____

Prénom _____

Date naiss. _____ ☐ F ☐ M ☐

Adresse _____

CP et Ville _____

Photo
(Photocopie ok)



REPRÉSENTANT LÉGAL A

REPRÉSENTANT LÉGAL B

Nom _____

Portable _____

Nom _____

Portable _____

	INSCRIPTION	RÈGLEMENT
3		3
Eveil Judo né 2021	☐ Mercredi 150 €	Nom et Prénom de l'ENFANT au dos du chèque Ordre : Judo Club de Boissy Sous Saint Yon
Judo enfant 1	☐ Mercredi 180 €	1x Chèque : 100% Octobre _____
né 2020-2019	☐ Samedi 180 €	3x Chèques : Octobre 50 €
	☐ Les deux 220 €	50% Décembre _____
Judo enfant 2	☐ Mercredi 180 €	50% Février _____
né 2018-2016	☐ Samedi 180 €	Chèque Sport 100% Octobre _____
	☐ Les deux 220 €	ANCV
Judo Ado Adulte	☐ Les deux 220 €	Pass Sport _____
né avant 2015		Autres _____
Inscription	☐ 2 inscrip. -10 €	
multiples	☐ 3 inscrip. -15 €	
	☐ 4 inscrip. -20 €	
TOTAL :	_____	Attestation de paiement → à demander par email

4 J'autorise mon enfant à effectuer seul les trajets d'aller et de retour entre son domicile mentionné ci-dessus et la salle de sport habituelle, ☐ OUI / NON ☐

Je déclare avoir pris connaissance du fait qu'alors, la responsabilité du club et de l'encadrement ne pourra pas être engagée en cas d'accident survenu au cours dudit trajet

5 Rejoignez la liste de diffusion **WhatsApp** grâce au QR Code 

(Seuls les admins peuvent écrire des messages)

6 En signant :

- J'autorise le JCBSSY à me contacter par **WhatsApp**, SMS, et Email
- Je m'engage à **respecter** le règlement intérieur du club.
- J'autorise le club à prendre la **license** (46€) auprès de **FRANCE JUDO** (compris dans le prix de la cotisation)

SIGNATURE(S)

JUDO CLUB BOISSY SOUS SAINT YON - Saison 2026 / 2027

CERTIFICAT MÉDICAL : **Nouvel Inscrit** ⚠ → **LIRE Questionnaire Q1** ⚠

*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.

CERTIFICAT MÉDICAL : **Renouvellement** ⚠ → **LIRE Questionnaire Q2** ⚠

Date du Certificat Médical initial : _____

*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.

Autorisation parentale d'intervention chirurgicale (Pour les mineurs et à remplir par un représ. légal)

Sous réserve d'en être préalablement informés ou les personnes désignées ci-dessous :

Nous, soussignés

.....,

père, mère, responsable légal de l'enfant, autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant :

[NOM PRÉNOM].....

Fait à, le

Date : , Signature du représentant légal :

Q1 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 : ☐ une fille ☐ un garçon		OUI	NON
Ton âge : 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.

Q2



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

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*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) 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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) 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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

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.

JUDO CLUB BOISSY SOUS SAINT YON - Saison 2026 / 2027

CERTIFICAT MÉDICAL *(établi par un médecin)*

Je, soussigné, docteur

Délivre à (nom, prénom)

un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication apparente à la pratique : *(Rayer les mentions inutiles)*

du Judo ou Jujitsu en LOISIR
du Judo ou Jujitsu en COMPÉTITION

Date :

Signature et cachet du **médecin** :