# NORD SHOGUN

Association à but non lucratif (loi 1901), ***reconnue d'intérêt général***

*Ancienne "Section Aïkido du COSFT", section créée en 1958*

Déclarée en Préfecture du Nord sous le N° 5/16574 le 14.12.1981 (9220)

**RNA** : W59013137 - **SIRET** : 528 216 443 00028 - **APE** : 93.12 Z

**Siège social, salle d'entraînement** : Salle George Sand - 45 bis rue de Guéret 59155 Faches Thumesnil

**Adresse de la correspondance** : 25 ruelle de la Croix Barbet 62136 Richebourg

Tél. : +33 652 966 844 - contact@nordshogun.fr - https://www.nordshogun.fr

Aïkido Yoseikan Budo Defense Kenjutsu Kobudo Iaï Do


*Merci d'écrire LISIBLEMENT*

**Renseignements administratifs**

Saison 20____ – 20____

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse postale : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Personne à prévenir en cas de besoin : _____

*(Nom, prénom, téléphone, qui est-elle par rapport à vous)*

**Décharge médicale**

☐ **J'autorise** l'entraîneur de l'association "Nord Shogun" à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales,…) rendues nécessaires par mon état de santé.

☐ **Je n'autorise pas** l'entraîneur de l'association "Nord Shogun" à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales,…) rendues nécessaires par mon état de santé.

| RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Durant les douze 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) ? | ☐ | ☐ |
| **À 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 ? | ☐ | ☐ |
| NB : ***Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.*** | | |

*Demande de renseignements médicaux selon le questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive paru au JORF du 4 mai 2017.*

*Sachez que pour notre discipline, il vous faudra fournir un certificat médical d'aptitude de moins de 3 mois (voir ci-dessous). Valable pour une seule saison sportive*

*Date et signature*

**Certificat médical**

Un certificat médical d'aptitude à la pratique des **Arts Martiaux et Sports de combat** de mois de 3 mois est obligatoire lors de l'inscription et au plus tard, lors de votre premier cours.

BORDEREAU SÉANCES D'ESSAI