



Chers parents des élèves de **CP** au **CM2**,

Veillez trouver ci-dessous les détails de l'atelier **JUDO** :

Les horaires :

- 12h15 – 13h15

Les groupes :

- Lundi : **CP à CM2**

Coût pour l'année :

- 140 euros (dont 15 euros pour la cotisation au Judo Club Moulinois)

Tenue / Equipement à prévoir :

- Kimono
- Chaussures type chaussons / pantoufles / tongs

Document à fournir :

- Le questionnaire de santé (ci-joint)

Eric LACHASSAGNE

Responsable de l'atelier **JUDO**

[lachassagne.eric@orange.fr](mailto:lachassagne.eric@orange.fr)



-----  
**COUPON-REPONSE A RETOURNER A L'ACCUEIL  
ATELIER JUDO**

Joindre le règlement par chèque à l'ordre de JUDO CLUB MOULINOIS

Madame, Monsieur \_\_\_\_\_

Parents de : \_\_\_\_\_ en classe de : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

choisit le jour suivant :

**Lundi (de CP au CM2)**

Le \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

Signature

## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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.