



# Fiche d'inscription 2024/2025

## AIKIDO – HERBEYS

A.L.V.H. Association La Voie de l'Harmonie

NOM : ..... PRÉNOM : .....  
Né(e) le : ..... (Age minimum 7 ans) Date du dernier certificat médical : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Tél. dom : ..... Tél. port : .....  
E-mail : ..... N° de licence : .....

### AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS :

Je, soussigné(e), ..... Mère\* / Père\* / Tuteur\* de l'enfant .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Autorise mon fils\* / ma fille\* / l'enfant dont je suis le tuteur\* / à pratiquer l'Aïkido au sein de la Maison Pour Tous d'Herbeys et à participer à toutes les activités organisées par le club pour la saison en cours. J'autorise le transfert à l'hôpital et la prise en charge par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) en cas de nécessité sur l'enfant cité ci-dessus.

(\*) Rayer les mentions inutiles

### PIECES A FOURNIR :

Le montant de la cotisation :

**Adulte/adolescent né avant 01/07/2011 (>13 ans) :** 135 € (MPT) + 41 € (licence)

**Enfant né après 01/07/2011 (<13 ans) :** 135 € (MPT) + 31 € (licence)

**Etudiant/demandeur emploi/2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup> pers. même famille :** 115 € (MPT) + licence

*Pour les personnes déjà adhérentes à la MPT, merci d'utiliser le site internet de la MPT pour le renouvellement d'adhésion et son règlement et licence (un message avec un lien personnalisé vous sera envoyé par la MPT).*

Je règle en :      1 fois               2 fois (oct – janv)               3 fois (oct-janv-avril)

**IMPORTANT :** pour l'équilibre financier de l'activité, j'ai bien noté qu'il n'est pas possible de prétendre à un remboursement du règlement de la cotisation sauf en cas de maladie et uniquement sur présentation d'un certificat médical.

Pour une 1<sup>ère</sup> adhésion au club : un certificat médical indiquant la non contre-indication à la pratique de l'Aïkido (avec la mention 'pratique intensive' en cas de passage de grade DAN prévu dans l'année)

Pour un renouvellement de licence au sein du club :

*Questionnaire de santé à télécharger sur le site de la FFAB – faire une recherche avec le mot clé 'questionnaire'*

Pour le renouvellement de ma licence auprès de la FFAB, je, soussigné(e), atteste avoir rempli et conservé le questionnaire de santé et, conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport, je certifie :

**avoir répondu NON à la totalité des rubriques du questionnaire.**

⇒ Dans ce cas, je signe le présent document pour obtenir le renouvellement de ma licence.

**avoir répondu OUI à une ou plusieurs rubriques du questionnaire.**

⇒ Dans ce cas, je dois produire un nouveau certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'Aïkido pour obtenir le renouvellement de ma licence auprès de la FFAB.

**devoir fournir un certificat médical** indiquant la non contre-indication à la pratique de l'Aïkido (de moins d'un an et avec la mention 'pratique intensive' en cas de passage de grade DAN prévu dans l'année) **si la date de mon dernier certificat médical est supérieur à 3 ans .**

Signature de l'adhérent(e)/des parents/du représentant légal

Fait à Herbeys le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## CONDITIONS GENERALES D'ADHESION :

Je, soussigné(e), déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club d'Aïkido d'Herbeys (ALVH), du règlement de l'Aïkikai de France et de l'article 5 du règlement technique fédéral. J'y adhère et je m'engage à les respecter.

J'affirme connaître exactement le montant de toutes mes obligations financières envers le club d'Aïkido d'Herbeys telles qu'elles sont définies dans la feuille au recto. J'ai bien compris que les frais financiers entraînés par l'adhésion doivent se régler par chèque ou espèces à l'inscription.

J'affirme bien comprendre que ma licence m'assure pour la pratique de l'Aïkido, au club d'Herbeys, et lors des stages dans d'autres clubs affiliés à la FFAB. J'ai aussi la possibilité de souscrire une extension de garanties, dont les caractéristiques figurent voir sur le site de FFAB ( voir la section 'Infos pratiques > Les Assurance de la FFAB ').

Je choisis :    pas d'option             l'option 1             l'option 2

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'assurance dans le document spécifique.

Après avoir signé ce bulletin d'adhésion je serai membre à part entière du club indiqué ci-dessus ainsi que de la Fédération Française d'Aïkido et Budo.

Je reconnais également que le club d'aïkido d'Herbeys et ses représentants n'ont aucun devoir de surveillance des mineurs en dehors des heures de cours et qu'ils ne sauraient être tenus responsables de l'absence de ces mineurs au cours. Je dégage l'association de toute responsabilité d'encadrement en dehors des cours et je m'assure que les cours ont bien lieu en accompagnant mon enfant dans le dojo. J'ai bien noté que la responsabilité de l'association est engagée à partir du moment où l'enfant est remis en mains propres, au début du cours, à un des responsables suivants : Gaëtan Caldara ou ses assistants. Cette responsabilité prend fin à l'issue du cours enfants ou du cours ado/adultes pour les ados qui suivent les cours adultes. Je m'engage à prendre mes dispositions en conséquence pour la prise en charge de mon enfant.

J'autorise l'utilisation de mon adresse électronique (celle donnée lors de l'inscription) pour la communication d'informations concernant l'aïkido au sein du club et l'aïkido en règle générale. Elle ne sera pas transmise à d'autres tiers sauf votre permission explicite. Je pourrai à tout moment modifier mes informations en écrivant à l'adresse [infos@aikidoherbeys.fr](mailto:infos@aikidoherbeys.fr)

J'autorise le club d'aïkido d'Herbeys à conserver mes coordonnées personnelles et à les utiliser, même après mon départ, ainsi que ma photo d'identité et je déclare avoir été informé que le club d'aïkido peut conserver mes données personnelles pendant une durée de 10 ans et donc peut générer une liste nominative.

**DROIT A L'IMAGE :** Lors des cours ou des manifestations organisées par le club d'Aïkido d'Herbeys, l'image et la voix du licencié sont susceptibles d'être captées par tout moyen vidéo et photographique pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise le club à procéder à ces enregistrements, les exploiter et les diffuser sur quelque média que ce soit à des fins promotionnelles de la discipline. Cette autorisation est consentie pour une durée de 10 ans et vaut pour le monde entier.

Toutes photos, vidéos prises lors de ses occasions, ne peuvent être diffusées quelques soient le média, hormis les réseaux propre au club, sans l'autorisation explicite du(e) président(e) et des enseignant(e)s du club par d'éventuels pratiquants.

J'accepte que mon image soit diffusée OUI     NON

Fait à Herbeys le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e)/des parents/du représentant légal

## Arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3)

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE (.....), HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

<p><b>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.</b></p>		
<p><b>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.</b></p>		
Tu es une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ____ ans
Depuis l'année dernière	OUI	NON
<b>Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu été opéré(e) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu beaucoup maigri ou grossi ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As- tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
<b>Te sens-tu très fatigué(e) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Te sens-tu triste ou inquiet ?</b>	<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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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.		



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

A remplir par le représentant légal et à fournir **obligatoirement** avec la demande de licence

**NOM- PRENOM DU LICENCIÉ :** \_\_\_\_\_

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions figurant sur le questionnaire médical des mineurs. Dans ce cas, je n'ai pas à fournir de certificat médical pour le mineur dont j'ai la responsabilité légale.

J'ai répondu OUI à au moins une question figurant sur le questionnaire médical des mineurs. Dans ce cas, je fournis un certificat médical datant **de moins de SIX MOIS** pour le mineur dont j'ai la responsabilité légale.

Je suis informé(e) que la responsabilité de la F.F.A.B. et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement de celui-ci.

Date du certificat médical : ..... /...../.....

**DATE et SIGNATURE DU  
REPRESENTANT LEGAL**

--