



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE JUDO
PRÉLÈVEMENT NÉCESSITANT UNE TECHNIQUE INVASIVE LORS D'UN CONTRÔLE
ANTIDOPAGE CONCERNANT LES MINEURS OU LES MAJEURS PROTÉGÉS

AUTORISATION PARENTALE
 En application de l'article R. 232-52 du code du sport

Je soussigné(e) (Nom Prénom) : agissant en qualité de père, mère ou **représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé**:
 (Nom Prénom de l'enfant).....

Autorise tout préleveur, agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage ou missionné par la fédération internationale, dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur l'enfant mineur ou le majeur protégé:
 (Nom et Prénom de l'enfant) :

Ce document devra être présenté au préleveur lors d'un contrôle antidopage invasif.
 Fait àle Signature :

NB : Un contrôle antidopage peut avoir lieu en compétition ou hors compétition.

ABSENCE DE SIGNATURE DE L'AUTORISATION PARENTALE
 (Article R. 232-52 du code du sport - dernière phrase)

Je soussigné(e) (Nom Prénom) : agissant en qualité de père, mère ou **représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé**:
 (Nom Prénom de l'enfant).....

Reconnait avoir pris connaissance que l'absence d'autorisation parentale dans le dossier de mon fils - ma fille, lors d'un contrôle antidopage invasif, est constitutif d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard.
 Fait àle Signature :

Article R. 232-52 du code du sport (in fine) :
 Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE À LA PRATIQUE DU JUDO
(Possesseurs de passeport sportif : pensez à le faire valider par le médecin)

Je soussigné(e) Docteur certifie avoir examiné Mme - M.
 Né(e) le et n'avoir constaté ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Judo en compétition.

Fait à le
 Signature

Cachet du médecin



AS BONDY JUDO - SAISON 2020/2021

ADHÉSION **RENOUVELLEMENT** Grade _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT(E)

NOM _____ Prénom _____ F M
 Adresse _____
 Code Postal _____ Ville _____
 Date et lieu de Naissance _____ à _____
 📞 Domicile _____ 📞 Portable _____
 E-Mail _____ @ _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

RESPONSABLE LÉGAL 1 PÈRE MÈRE AUTRE Précisez _____
 NOM _____ Prénom _____
 📞 Domicile _____ 📞 Portable _____
 E-Mail obligatoire (*écrire lisiblement*) _____ @ _____

RESPONSABLE LÉGAL 2 PÈRE MÈRE AUTRE Précisez _____
 NOM _____ Prénom _____
 📞 Domicile _____ 📞 Portable _____
 E-Mail obligatoire (*écrire lisiblement*) _____ @ _____

DROIT À L'IMAGE (pour les personnes majeures)

J'autorise l'AS Bondy à diffuser des photos de moi-même dans le cadre de divers documents (journal, affiche, dépliant...) et le site internet du club.
 Fait à Bondy le _____ Signature _____

COTISATION ANNUELLE*

> 1 Judoka - Taïso	184 €	> 4 Judokas de la même famille	561 €
> 2 Judokas de la même famille	299 €	> 1 Judoka Ceinture Noire	148 €
> 3 Judokas de la même famille	435 €	> Baby Judo	135 €

* Majoration de 10 €uros pour les Non Bondynois

DOCUMENTS À FOURNIR

ADHÉSION	RENOUVELLEMENT
> 1 Photo > 1 Justificatif de domicile pour les Bondynois (moins de 3 mois) > 1 Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Judo y compris en compétition de moins de 3 mois	> 1 Justificatif de domicile pour les Bondynois (moins de 3 mois) > Remplir le Questionnaire de Santé « QS - Sport » à l'intérieur de ce bulletin ou fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Judo y compris en compétition de moins de 3 mois

Application du RGPD (Réforme Générale des Protections des Données du 25 Mai 2018)

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'Association Sportive de Bondy. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de portabilité et de suppression aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de vous adresser au secrétariat de l'A.S.B.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Nom _____ Prénom _____
 père , mère , tuteur légal et détenteur de l'autorité parentale

- Est informé(e) que mon enfant n'est sous la responsabilité de l'Association Sportive de Bondy section Judo que lorsque physiquement un entraîneur ou un responsable de l'Association a pris en charge l'enfant et ce uniquement pour la durée de la séance d'entraînement ou de la compétition.
- Autorise mon enfant à **quitter seul le dojo** à la fin de la séance d'entraînement
 OUI NON
- Personne autorisée à venir chercher l'enfant s'il ne peut rentrer seul à la fin d'entraînement
 Nom _____ Prénom _____
 Tél : Domicile _____ Portable _____
- Autorise les éducateurs ou dirigeants ou parents accompagnateurs à transporter mon enfant dans leur véhicule personnel ou de prendre les transports en commun pour se rendre aux différentes compétitions pour lesquelles le club est engagé
 OUI NON
- Autorise les responsables du club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident survenant en cours de compétition ou d'entraînement
 OUI NON
- Personnes à prévenir en cas d'accident :
 Nom _____ Prénom _____
 Tél : Domicile _____ Portable _____
 Nom _____ Prénom _____
 Tél : Domicile _____ Portable _____
- Autorise la publication de photo de mon enfant, prise à l'occasion d'événement sportif impliquant le club, dans le cadre de divers documents (journal, affiche, dépliant...) et le site internet du club.
- A titre informatif, et parce que votre santé nous est précieuse, tous les adhérents de l'AS Bondy peuvent compléter leur couverture par l'assurance MAIF I.A. Sport +. Si vous souhaitez y souscrire demander un formulaire au secrétariat.
- **Je reconnais avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire.**

Fait à Bondy le _____ 2020
 Signature du représentant légal

Questionnaire de santé "QS-SPORT"

NOM _____

Prénom _____

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription.

Recommandations :

- Ce « QS » perd toute valeur de dépistage dès lors qu'on omet de révéler un symptôme.
- Même en cas de « QS » renseigné, une visite médicale annuelle est recommandée. Cette visite ne donne pas lieu à la délivrance d'un certificat médical.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON*	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
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 ?	<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"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent		
Si vous avez répondu NON à toutes les questions	Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions	
Pas de certificat médical à fournir.	Certificat médical à fournir.	

Fait à _____ le _____ 2020 Signature du représentant légal