



# NORD SHOGUN

Association à but non lucratif (loi 1901), **reconnue d'intérêt général**  
Déclarée en Préfecture du Nord sous le N° 5/16574 du 14.12.1981 (9220)

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

Siège social : Salle George Sand – 45 bis rue de Guéret 59155 Faches Thumesnil – France

Adresse de la correspondance : 25 ruelle de la Croix Barbet 62136 Richebourg – France

Affiliée à la FAMEDA, Fédération Arts Martiaux Et Disciplines Associées,

Affiliée à la FFBA, Fédération Française du Bénévolat Associatif, reconnue d'utilité publique n° 5924753

contact@nordshogun.fr - <https://www.nordshogun.fr>



Merci d'écrire LISIBLEMENT

## Renseignements administratifs

Saison 2024 – 2025

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
<b>Durant les douze derniers mois :</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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>À 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"/>
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.</b>		

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 moins de 3 mois est obligatoire lors de l'inscription et au plus tard, lors de votre premier cours.

BORDEREAU SÉANCES D'ESSAI