



JUDO CLUB SAINT EMILION

BULLETIN D'ADHESION

SAISON 2025 / 2026



ADHERENT

| | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| NOM | | |
| PRENOM | | |
| Sexe | <input type="checkbox"/> <i>Féminin</i> | <input type="checkbox"/> <i>Masculin</i> |
| Date de Naissance | | |
| Adresse | | |
| Nouvelle licence | oui | non |
| N° licence FFJDA Si renouvellement | | |
| Club année précédente Si renouvellement | | |

Si le (la) judoka est mineur(e), merci de compléter ci-dessous

| | REPRESENTANT LEGAL 1 | REPRESENTANT LEGAL 2 |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| NOM | | |
| PRENOM | | |
| Adresse | | |
| Téléphone | | |
| Mail | | |



DOCUMENTS D'INSCRIPTION

Cochez les cases correspondantes

| | | | |
|-------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| <i>Formulaire FFJDA</i> | | <i>Certificat médical ou questionnaire médical</i> | |
|-------------------------|--|----------------------------------------------------|--|

Tarifs saison 2025 2026 (comprenant la licence FFJDA, l'adhésion et les cours) :

| | | | |
|-------|--|------------------------------------------|------|
| JUDO | | Adhérent 1 | 225€ |
| JUDO | | Seconde personne et + de la même famille | 165€ |
| TAÏSO | | | 165€ |

MODE DE REGLEMENT CHOISI

| | | | | |
|---------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|
| Comptant | | <i>chèque</i> | | <i>Espèces</i> |
| 3 fois | | 3 chèques : encaissés en septembre, octobre et novembre | | |
| Prélèvements | | Prélèvements effectués le 5 de chaque mois d'octobre à juillet (joindre RIB et autorisation de prélèvement) | | |
| Autres | | Chèque CE ; chèques ANCV | | |

Je dégage le JUDO CLUB SAINT EMILION de tout ce qui pourrait arriver en dehors des locaux de cette association. J'autorise les responsables de l'association sportives à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en notre nom, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club remis lors de l'inscription.

Fait à Saint-Emilion le

Représentant légal 1 :

Représentant légal 2 :

Signature avec la mention « lu et approuvé »

Correspondance : Judo Club Saint Emilion Mairie 33330 SAINT EMILION
Mail : judosaintemilion@gmail.com Facebook : Judo Club Saint Emilion

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné... (nom/prénom de la personne filmée, photographiée, enregistrée ou représentant légal s'il s'agit d'un mineur)
demeurant..... autorise gracieusement

- pour moi-même
- pour le mineur

Pour la saison sportive 2025/2026 et pendant les événements organisés (compétitions, stages, rassemblements, etc...) tout au long de cette saison.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise le JUDO CLUB SAINT EMILION à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises dans le cadre associatif.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports d'enregistrement numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à : Le :

Signature (Faire précéder les signatures de la mention « Lu et Approuvé ») :



ATTESTATION QS sport

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

....., atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]

....., en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]....., atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

MANDAT de Prélèvement SEPA



Référence Unique du Mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **JUDO CLUB SAINT EMILIONNAIS** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **JUDO CLUB SAINT EMILIONNAIS**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée: 1) dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé, 2) sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé,

Veuillez compléter les champs marqués *

1
2
3
4

Votre Nom * 1
Nom / Prénoms du débiteur
Votre adresse * 2
Numéro et nom de la rue
* 3
Code Postal Ville
* 4
Pays

5
6

Les coordonnées * 5
de votre compte Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)
(Joindre un RIB) * 6
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)
*
Domiciliation bancaire

7
8
10
11

Nom du créancier * **JUDO CLUB SAINT EMILIONNAIS**
I.C.S * **F|R|0|7|Z|Z|Z|8|6|1|6|A|3|**
Identifiant Créancier SEPA
MAIRIE PLACE PIOCEAU
* **3|3|3|3|0|** * SAINT EMILION
* France

12
13

Type de paiement : * Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel
Signé à * 2
Lieu Date

Signature(s) : * Veuillez signer ici

Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1 : La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2 : Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Durant les 12 derniers mois | | |
| 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"/> |
| 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"/> |
| <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.