



JUDO - TAISO

Dojo : Salle des arts martiaux, 34 av. Général Leclerc, Rillieux-la-pape

Adresse postale : 182 rue des Contamine - 69 140 Rillieux-la-pape

Tél : 06 33 84 39 17

fujiyama.judoclub@gmail.com

<http://www.fujiyama-judo-club.fr>

Informations pour la saison 2017/2018

Afin de faciliter les inscriptions pour l'an prochain et de vous assurer une place dans le cours choisi, nous ouvrons les inscriptions pour la saison 2017-2018 dès le mois de juin. Les horaires et les tarifs sont les suivants :

Cours	Horaire	Tarif
Baby Judo (2013-2012)	Mercredi 14h-15h	187€
Minis-poussins débutants (2011-2010)	Mercredi 15h-16h	187€
Minis-poussins confirmés (2011-2010)	Mardi et vendredi 17h-18h	207€
Poussins (2009-2008)	Mardi et vendredi 18h-19h	207€
Benjamins et Minimes (2007-2006-2005-2004)	Mardi et vendredi 19h-20h, Mercredi 13h-14h	220€
Cadets, Juniors et Séniors	Mardi et vendredi 20h-21h30, Jeudi à la Maison du Judo 19h30-21h	240€ 230€ pour les ceintures noires
Taïso : Renforcement musculaire – loisir (ouvert à tous)	Mardi et jeudi entre 12h-13h	180€

Votre inscription ne sera **acceptée et validée** qu'à la remise de **votre dossier complet** (voir la fiche d'inscription) accompagné du **règlement**. Bien sûr, ce règlement ne sera encaissé, comme les autres années, qu'en septembre.

Les permanences d'inscription auront lieu :

- **le mercredi 6 septembre de 14h à 17h au dojo ;**
- **le samedi 9 septembre à l'Espace Beaudelaire ;**
- **les jours de reprise au dojo :**
 - **le mardi 12 septembre de 18h à 19h ;**
 - **le mercredi 13 septembre de 14h à 16h ;**
 - **le vendredi 15 septembre de 18h à 19h.**



JUDO - TAIISO
Dojo : Salle des arts martiaux, 34 av. Général Leclerc,
Rillieux-la-pape
Adresse postale : 182 rue des Contamine - 69 140 Rillieux-la-
pape
Tél : 06 33 84 39 17 / Email : fujiyama.judoclub@gmail.com
<http://www.fujiyama-judo-club.fr>

MODALITES D'INSCRIPTION

Votre inscription ne sera **acceptée et validée** qu'à la remise de **votre dossier complet** comprenant :

- La fiche de renseignements complétée & signée (avec photo d'identité pour les nouveaux licenciés)
- Un certificat médical précisant « Apté à la pratique du judo et en compétition » ou passeport tamponné avec la mention ci-dessus (dans ce cas, fournir une photocopie de la page du passeport avec le tampon du médecin).
- La fiche de sanitaire complétée & signée
- Deux enveloppes timbrées (*par famille*) libellées à votre adresse ou adresse email pour correspondance du club
- Devis pour coupons sport ville
- Copie carte M^{RA}

PAIEMENT (Paiement fractionné possible en 3 fois, payé avant le 31 décembre)

Coût de la cotisation	
Espèces (avec chèque de caution)	
Chèque	
Chèque vacances	
Carte M ^{RA} N°	
Coupons sports	

COURS

Enfant inscrit au cours du

PHOTO

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

IDENTITE DE L'ENFANT

Nom	Prénom
Sexe :	
Date de naissance :	
Grade (couleur de la ceinture)	

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom	Prénom
Profession :	
N° Sécurité Sociale :	
Adresse :	
CP	Ville
☎ Fixe :	
☎ Portable	
E-Mail : (en majuscule)	

J'autorise :

- mon enfant à pratiquer le JUDO au sein du club en tant que membre actif et à participer aux compétitions éventuelles.
- les dirigeants du FUJI YAMA CLUB à publier la photo de mon enfant (articles de presse, calendriers, site internet du Club, etc). Le club se réserve le droit d'utiliser l'image des adhérents en photos ou en vidéo.
- les responsables à faire **PRATIQUER TOUTES INTERVENTIONS CHIRURGICALES EN CAS DE NECESSITE**.

A Rillieux la Pape le

Signature
(lu & Approuvé)



<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LES COURS DE JUDO DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** durant l'année ? oui non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :