KRAV-MAGA-ALBERTVILLE 73

Association loi 1901- Affiliée FEKM-Richard Douïeb
Sport de combat – Self défense – Cours collectifs – Cours individuels – Stages de formation.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS JEUNES 2026 / 2027

Nom de l'enfant : ……..…… Prénom de l'enfant : ……. Né(e) le : .../…/……

Lieu de naissance : ……....Département : ……Établissement scolaire : ……..…..……

Adresse : ……..……..

……..…

Téléphone parent : …….. Email parent : ……

Ceinture Krav Maga : ☐ blanche - ☐ blanche 1 barette - ☐ blanche 2b - ☐ jaune - ☐ jaune 1b

☐ jaune 2b - ☐ jaune 3b – ☐orange – ☐orange 1b – ☐orange 2b – ☐orange 3b – ☐verte

Numéro de licence (sur le passeport) : ……

Nom de la mutuelle – responsabilité civile : ……

Numéro de sécurité sociale : ……

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom, prénom, adresse, téléphone) :

……

☐ Je m'engage à lire et respecter le règlement intérieur (téléchargeable sur le site).

☐ J'autorise la prise de photos durant les cours ou stages et l'utilisation de celles-ci par l'association pour la promotion du site internet et réseaux sociaux.

Pièces obligatoires à joindre au dossier d'inscription

☐ Certificat médical d'aptitude au sport de combat.

☐ Une photo d'identité (ne pas la coller et indiquer son nom au verso).

Tarifications et mode de paiement

Part fédérale FEKM-RD	33€ (à payer sur le site de la FEKM)	☐ Payé sur internet FEKM
Inscription au club	1ère année : 105 € / 2ème année et + : 95 €	☐ Payé au club

☐ Paiement en ligne (en 1 fois) ☐ Paiement en espèces ☐ Paiement par chèque(s)

N° chèque 1 + montant : ……
N° chèque 2 + montant : ……

Fait à : …… Le : …/…/…… Signature :

AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES

Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.

NOM DE L'ENFANT : .....

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :.....

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pourvoir à Mme, Mr le/la Responsable présent, en cas d'impossibilité de me joindre,de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A , le

Signature

. AUTORISATION DE PUBLICATION

A l'occasion d' entraînement ou d'activités , il se peut que mon enfant soit photographié pour publication une brochure, une note d'information, un flyer et affiche, je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

A , le

Signature

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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** pendant le séjour ? 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐	**VARICELLE** oui ☐ non ☐	**ANGINE** oui ☐ non ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** oui ☐ non ☐	**SCARLATINE** oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	**OTITE** oui ☐ non ☐	**ROUGEOLE** oui ☐ non ☐	**OREILLONS** oui ☐ non ☐	

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_____

_____

_____

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 :

Cadre pour commentaire club KMA 73

OBSERVATIONS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A _____, le _____

Signature

KRAV MAGA FEKM
Fédération Européenne de Krav Maga·RD

SECTEUR FRANCE

Autorisation parentale

Pour la pratique d'un élève mineur

Je soussigné :	
Adresse	
Code postal - Ville	
N° de téléphone	
AUTORISE	
Mon fils	
Ma fille	
A PRATIQUER LE KRAV-MAGA	
Pour la saison sportive	
Au sein du Club	

Fait à , le / /

Signature

Association sportive déclarée W021000505 N° SIRET : 80325055400018
Siège social : 17 chemin du Clos 69140 RILLIEUX LA PAPE

ATTESTATION POUR MINEUR

ATTESTATION DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION A UNE COMPETITION LICENCIÉ MINEUR

Je soussigné(e)

_____

Exerçant l'autorité parentale sur

_____

Atteste avoir complété conjointement avec mon enfant l'ensemble du «Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur » situé à l'ANNEXE II-23 (article A. 231-3 du code sport) et avoir conjointement répondu négativement à l'ensemble des items présentés.

Date et signature (de la personne exerçant l'autorité parentale) :