



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 :

**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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

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 pouvoir à Mme, Mr la/le 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 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

- **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