

CLUB SPORTIF ONDRAIS

KICKBOXING

Activité 2023 - 2024	Lieu	Jour	Horaire	A partir du
50 - Kickboxing - 12 ans/adultes	école maternelle	Lundi	19h15/20h30	Début le 04/09/23
51 - Kickboxing - 12 ans/adultes	ou nouveau dojo	Mercredi	19h/20h30	Début le 06/09/23
52 - Kickboxing - 12 ans/adultes	à Larrendart	Vendredi	20h15/21h45	Début le 08/09/23

Contacts

Kickboxing	Mr Demessan	06 63 28 48 49	bayonne.christophe@free.fr
Trésorier	Mr Lamothe	05 59 45 27 92	charles.lamothe@cegetel.net

Tarif

De 12 à 15 ans 140 € l'année pour 1 ou 2 cours par semaine

190 € l'année pour 3 cours par semaine

Au delà de 15 ans 155 € l'année pour 1 ou 2 cours par semaine

205 € l'année pour 3 cours par semaine

Le troisième dossier d'une même famille (toutes les sections du CSO confondues) obtient une remise de 10 € par dossier soit 30 € + 10 € pour tous les dossiers suivants

Le règlement des cours doit se faire dans chaque section concernée

Concernant le certificat médical, Faire des photos copies et garder l'original car il est valable 3 ans.

Certificat médical pour la pratique du Kickboxing

Cas N° 1 Première année: Faire une photocopie du certificat médical.

Cas N° 2: 2me et 3me année: Répondre au questionnaire de santé pour remplir l'attestation de réponse au questionnaire de santé à remettre au club avec la photocopie du certificat médical de moins de 3 ans.

Pièces à fournir

Un certificat médical suivant votre cas N° 1 ou N° 2

Autorisation parentale pour les mineurs

1 ou 3 chèques libellés au club sportif Ondrais ou coupons sports (pas de Pass Sport)

Notes médicales particulières à signaler aux entraîneurs

Inscription

Pour vous inscrire vous allez sur le site: ondres-cso.com. Vous cliquez sur: [club sportif ondrais cso-ondres](http://club.sportif.ondrais.cso-ondres)



EXAMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ADHERENT

Pratiquant mineur – Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition

Prise de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé " QS-SPORT " MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale
 Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport, c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Depuis l'année dernière ...	Ton âge : ans	
	OUI	NON
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>		
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) ...		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aujourd'hui...		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



EXAMPLAIRE A REMETTRE AU CLUB ET A CONSERVER PAR CE DERNIER

PRATIQUE ASSAUT & LOISIRS

Prise de licence «pratiquant mineur»

ATTESTATION Questionnaire de santé SPORT

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM],
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM].....,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur
(arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal

AJOUTER LA PHOTOCOPIE DU CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 3 ANS



AUTORISATION PARENTALE DE PRATIQUE ET SOIN

- FORMULAIRE OBLIGATOIRE POUR LES
MINEURS -

Je soussigné(e)

Père

Mère

Responsable Légal

AUTORISE

Mon enfant :

(Nom, Prénom, Numéro de licence)

- A pratiquer les disciplines de la fédération en **compétition**
- A être soigné par un médecin si nécessaire dans le cadre des compétitions et activités fédérales.

A, le

Signature :

DOCUMENT OBLIGATOIRE POUR LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITION FEDERALES

Siège social : FFKMDA - 38, Rue Malmaison 93170 BAGNOLET
Arrêté de délégation ministérielle : NOR SPOV1313107A
SIRET: 507 458 735 00036 - CODE APE : 9312Z
Téléphone : 33 (0)1 43 60 53 95 – Télécopie : 33 (0)1 43 60 04 75
Site web : www.ffkmda.fr





Pratiquant majeur – Pratique de la compétition en assaut ou pratique de loisir sans compétition

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé " QS-SPORT " MAJEUR

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

<i>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>
Durant les douze 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, vous n'avez pas à fournir de certificat médical pour le renouvellement de votre licence ; attestez simplement avoir répondu NON à toutes les questions à l'aide du formulaire fédéral.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez alors fournir un certificat médical datant de moins de 6 mois. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



PRATIQUE ASSAUT & LOISIRS

Renouvellement de licence « pratiquant **majeur** »

ATTESTATION Questionnaire de santé SPORT

EXAMPLAIRE A REMETTRE AU CLUB ET A CONSERVER PAR CE DERNIER

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.

AJOUTER LA PHOTOCOPIE DU CERTIFICAT MEDICAL DE MOINS DE 3 ANS