



<u>Nom</u>	<u>Date de naissance (JJ/MM/AAAA)</u>	<u>Âge</u>	<u>Sexe</u>
			ans F / M
<u>Prénom</u>	<u>N° Passeport AKS*</u>	<u>Date d'expiration</u>	
<u>Téléphone domicile</u>	<u>Téléphone professionnel</u>	<u>Courriel</u>	
<u>Adresse</u>			<u>N° Appt.</u>
<u>Code postal</u>	<u>Ville</u>		

Personnes à contacter en cas d'urgence

<u>Première personne à contacter.</u>	<u>Lien de Parenté</u>	<u>Deuxième personne à contacter</u>	<u>Lien de Parenté</u>
<u>Téléphone personnel</u>	<u>Téléphone professionnel</u>	<u>Téléphone personnel</u>	<u>Téléphone professionnel</u>

Où avez-vous pris connaissance de notre dojo :

* N° Passeport AKS S'il y a lieu

DÉGAGEMENT DE RESPONSABILITÉ

Je, soussigné demande à être admis comme membre du **Club de Karaté Mu Gen**, ci-après nommée l'école.

Je suis conscient que le karaté est un art martial comprenant des exercices physiques vigoureux et de corps à corps ainsi que la manipulation d'armes. Je comprends et j'atteste que l'école n'offre ni ne souscrit à des assurances contre les blessures que peuvent subir ses étudiants. En considération du privilège d'être admis à l'école, de recevoir l'enseignement dispensé et d'utiliser ses installations et locaux, j'assume par la présente toute responsabilité en ce qui concerne les blessures ou dommages que je pourrais subir ou que d'autres personnes pourraient m'infliger lors d'activités mettant en cause le karaté, l'école, ou les deux, ensemble ou séparément, que ce soit en classe, lors de démonstrations, de compétitions, de pratiques ou en utilisant les installations et équipements de l'école, dans ou hors des locaux de l'école. Par la présente, je tiens indemne et à couvert et dégage l'école, ses directeurs, ses employés, étudiants, agents et représentants de toute responsabilité, réclamations ayant trait à des blessures personnelles, poursuites, dommages ou pertes de quelque nature que ce soit, selon la loi ou l'équité, relativement aux activités mentionnées ci-dessus. Par la présente, je consens et m'engage en mon nom et au nom de mes successeurs et ayants droit de ne jamais poursuivre, légalement ou selon l'équité, l'école, ses directeurs, ses employés, étudiants, agents ou représentants relativement à de telles réclamations, demandes, responsabilités, dommages, blessures ou pertes. EN FOI DE QUOI, j'ai signé ce document, **j'affirme l'avoir lu et en comprendre parfaitement la signification.**

Signature du membre ou du parent d'un membre de 18 ans et moins :

Date de début :

Date de fin :

Réservé à l'administration du dojo		DÉPOSÉ LE : ___ / ___ / ___				Sig : _____	
PAIEMENT COURS	Chèque <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> VIR.Interac <input type="checkbox"/>	Débutants et Intern.	Avancés	Initiation (mardi ou jeudi)	Débutants (Mardi)	SESSION	
MONTANT	\$					Aut <input type="checkbox"/>	
PÉRIODE	MOIS <input type="checkbox"/> TRIMESTRE <input type="checkbox"/> ANNÉE <input type="checkbox"/>	2x / sem.	2x / sem.	1 x / sem.	1 x / sem.	Hiv <input type="checkbox"/>	
PAIEMENT KIMONO	Argent <input type="checkbox"/> \$					Été <input type="checkbox"/>	
Grandeur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Remarque :

AFIN DE MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE TOUS, VEUILLEZ S.V.P. COMPLÉTER TOUTES LES QUESTIONS ET SIGNER AU BAS DE LA PAGE. M E R C I !

Tous ces renseignements demeurent confidentiels.

ÉTAT DE SANTÉ de la personne s'inscrivant		OUI	NON
1.	Avez-vous des problèmes de vision?		
2.	Portez-vous des lunettes?		
3.	Portez-vous des verres de contacts?		
4.	Avez-vous des problèmes auditifs?		
5.	Souffrez-vous d'épilepsie?		
6.	Souffrez-vous d'asthme?		
7.	Souffrez-vous de diabète?		
8.	Avez-vous des problèmes cardio-vasculaires?		
9.	Avez-vous des problèmes rénaux?		
10.	Avez-vous souffert de traumatisme crânien récemment?		
11.	Avez-vous des problèmes d'évanouissements?		
12.	Avez-vous un handicap physique quelconque? Si oui, lequel?		
13.	Prenez-vous des médicaments? Si oui, lesquels?		
14.	Avez-vous subi une intervention chirurgicale récemment?		
15.	Souffrez-vous d'une maladie autre que celles déjà mentionnées? Si oui, laquelle?		
16.	Avez-vous d'autres renseignements sur votre état de santé à nous donner? Si oui, lesquels?		

PARLEZ NOUS un peu DE VOTRE ENFANT . . . (Le cas échéant)	
1.	A-t-il des problèmes d'inattention en classe?
2.	A-t-il une bonne estime de soi?
3.	A-t-il des problèmes d'apprentissage à l'école?
4.	Pourquoi pratique-t-il le karaté?

PARLEZ NOUS DE VOTRE FORME PHYSIQUE . . .	
1.	Pratiquez-vous déjà d'autres sports? (ou tout récemment) Si oui, lesquels?
2.	Sur une échelle de 1 à 10 (10 étant la meilleure forme physique) , combien considérez-vous avoir pour votre forme physique? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.	Que venez-vous chercher en pratiquant le karaté?

Ayant répondu oui à un ou plusieurs points sur mon état de santé, je m'engage personnellement à fournir une copie d'un rapport médical comprenant certaines recommandations de mon médecin si nécessaire.

SIGNATURE : _____ **DATE** : _____

(Signature du parent ou tuteur pour un enfant de moins de 18 ans)