

RESERVE CLUB						
Certificat medical	Fourni	Attestation fournie			Total	
Licence	Saisie	Non saisie				
Activités	Baby judo	Mini poussin/ poussin	A partir de Benjamin..	Kit à partir de Minime		
Montant						
Famille	Oui	Non			Passeport	
règlement	Cheque				Top départ/PAss région	
	Espèce				Pass'sport	

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024-2025

ADHÉRENT

NOM : PRÉNOM : SEXE :
 DATE DE NAISSANCE: CEINTURE :
 ADRESSE :
 MAIL (obligatoire) :@.....
 TEL l (obligatoire) :/...../...../...../.....

REPRÉSENTANTS LÉGAUX (pour mineur)

PARENT1	PARENT2
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
Profession :	Profession :
Tél :	Tél :
Mail :@.....	Mail :@.....

INFORMATIONS MEDICALES

.....

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

- J'autorise les responsables du JUDO OLYMPIQUE DONZÉROIS, en cas d'accident dans la pratique du sport, à prendre toute décision d'ordre médical, en lieu et place des représentants légaux, s'il leur est impossible de les joindre en temps voulu.

OUI / NON

- J'autorise mon enfant à participer aux déplacements pour les rencontres amicales, compétitions, stages et différentes manifestations organisées dans le cadre de la Fédération française de Judo, de la ligue, des comités départementaux et des districts au cours de l'année, il pourra être transporté par une personne bénévole, dirigeant et professeur

OUI / NON

- J'autorise le JUDO OLYMPIQUE DONZÉROIS à diffuser des photos de mon enfant sur les réseaux sociaux du club ou dans des articles de presse, dans le but d'illustrer la présentation, les activités, les manifestations, les événements ou les actualités du club, et ce, sans limitation dans le temps.

OUI / NON

Date et Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

PIÈCES À JOINDRE : FICHE D'INSCRIPTION REMPLIE, ATTESTATION OU CERTIFICAT MÉDICAL, ASSURANCE, RÈGLEMENT

L'inscription vaut acceptation du règlement intérieur disponible au DOJO.

APRES INSCRIPTION, AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA EFFECTUÉ.

FORMULAIRE LICENCE FFJDA de la SAISON SPORTIVE 2024- 2025

Prix de la licence : 41 €

Numéro de licence renouvellement ou déjà licencié _____

Nom : _____

Prénom _____

Nom de jeune fille (en cas de changement de situation) _____

Sexe (F ou M) _____

Date de naissance _____

Code postal _____

Adresse complète- N° de rue : _____ Nom de rue _____

Couleur de la ceinture: _____

email _____

Numéro de téléphone portable: _____

Certificat médical : Faisiez être (ou que mon enfant est) titulaire d'un certificat médical valide, désignant l'absence de contre-indication à la pratique :
 - 1 du sport
 - 2 du sport non pratiquant (exonéré de certificat médical)
 - 3 licencié non pratiquant (exonéré de certificat médical)
 ou Questionnaire (*)
 (*) Uniquement valable pour les 2 renouvellements suivant la dernière présentation d'un certificat médical et si le demandeur atteste avoir répondu "NON" à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé

-DONNEES PERSONNELLES (RGDP) - Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFJDA. A défaut, votre demande de licence ou renouvellement de licence ne pourra être prise en considération. La FFJDA vous informe de tout ce qu'elle fait avec les données personnelles sur son site internet (bas de page). Vous pouvez exercer vos droits (accès, effacement, suppression, rectification) en contactant le service des licences de la FFJDA à l'adresse suivante : service.licences@ffjudo.com. Vous pouvez en demander la rectification ou mise à jour auprès de votre club, directement sur votre espace licencié ou par email au service licences de la FFJDA à l'adresse suivante : service.licences@ffjudo.com. Je souhaite recevoir des offres notamment commerciales de partenaires de la FFJDA : OUI / NON (vos données personnelles ne seront pas transmises à ces partenaires)

- ASSURANCE :
 L'adhésion de la présente licence permet à son titulaire de bénéficier de l'assurance Responsabilité Civile souscrite par la FFJDA auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. Par ailleurs, la FFJDA lui donne la possibilité de bénéficier de l'assurance Accidents Corporels, souscrite auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances. Le sousigné déclare avoir été informé, dans la notice d'assurance, des possibilités d'extensions optionnelles complémentaires aux garanties de base ou de toute autre garantie adaptée à sa situation qu'il peut avoir intérêt à souscrire personnellement auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances (bulletin de souscription disponible auprès du club ou téléchargeable sur le site internet de la FFJDA). L'adhésion à plusieurs disciplines fédérales n'entraîne pas le cumul de garanties d'assurances.

Le sousigné s'engage à souscrire personnellement à la FFJDA, auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances, la garantie d'assurance Responsabilité Civile et l'assurance Accidents Corporels. En cas de refus de souscription de l'assurance Accidents Corporels proposée par la FFJDA, le club doit s'assurer que le sousigné a bien pris connaissance des informations assurances figurant au dos du formulaire à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Refus d'assurance : Si le sousigné refuse de souscrire à l'assurance Accidents Corporels proposée par la FFJDA et non obligatoire, il reconnaît avoir été informé des risques encourus par la pratique du Judo et D.A. pouvant porter atteinte à son intégrité physique Il ne négiera pas la somme de 2.00 € TTC avec la licence.

Date: _____
 SIGNATURE POUR REFUSER L'ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS PROPOSEE PAR LA FFJDA _____

GUIDE D'UTILISATION
 La présente demande de licence doit impérativement être datée et signée par l'adhérent ou son représentant légal
 LA NOTICE EST LUE AVANT LA SIGNATURE DES PRESENTES ET CONSERVEE PAR L'ADHERENT

Tout titulaire d'une licence fédérale s'engage à respecter les statuts et règlements de la FFJDA (recueil des textes officiels disponible auprès du club et sur www.ffjudo.com)

Représentant légal : _____ Date : _____ / ____ / 202_

(nom et qualité)

date et signature obligatoire

Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et Disciplines Associées - Institut du Judo - 21/25, avenue de la Porte de Châtillon - 75680 PARIS Cedex 14
 - Service Licences : 01.40.52.1592 email : licences@ffjudo.com 2024/2025-v0



EXTRAIT DU CONTRAT D'ASSURANCE commun avec ma demande de licence

2024/2025 L'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE souscrite par la FFJDA, auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances (contrat N° 262938/C) est incluse dans le prix de la licence. Sont garanties les conséquences pécuniaires de la responsabilité que tout licencié peut encourir en raison des dommages corporels, matériels et immatériels causés à autrui dans le cadre des activités fédérales garanties.
 Pour connaître le détail de ces garanties, se reporter au site <http://www.ffjudo.com/ffjda-federation/Assurances>.

L'ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS souscrite par la FFJDA, auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances (contrat N° 262938/C) protège ses licenciés en cas de dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. (Cotation due au titre des garanties de base visées ci-après : 2,00 € TTC)
 Assuré : le titulaire d'une licence de la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et disciplines associées en vigueur ou en cours d'établissement ayant souscrit l'assurance accidents corporels. Sont notamment exclus, les accidents résultant :

- De l'état alcoolique de l'assuré, ou de l'empirisme de stupéfiants ;
- De suicide, tentative de suicide et mutilations volontaires ;
- De la pratique - même occasionnelle - des sports aériens (parachutisme, deltaplane, parapente, aviation, vol à voile, gravitation, paramoteur, ULM, saut à l'élastique), de la spéléologie, escalade en milieu naturel, alpinisme (ascensions en montagne), via ferrata, varappe, d'activités subaquatiques (spéléologie, apnée, plongée), chasse et spéléologie sous-marine), de combats libres (pratique du MMA professionnel et en compétition, "No Hold Barred" et lutte contact), d'activités nautiques (canyoning, rafting, nage en eaux vives, kayak, kitesurf, wakeboard, tyboard, poutres toutes catégories, jet-ski et ski nautique).
- Les épreuves, courses ou compétitions ou manifestations sportives organisées par l'assuré et mettant en compétition des véhicules et engins à moteur de tout genre.

DECES : versement d'un CAPITAL	
Licenciés	Sportifs de haut niveau
Jusqu'à 16 ans révolus : 15 000 €	
A partir de 17 ans : 50 000 €	150 000 €
*Capital supplémentaire par enfant à charge fiscalement : 10 % du capital décès accordé / Participation aux frais funéraires suite à décès d'un assuré : Montant de 1 500 Euros	
INVALIDITE : Versement d'un CAPITAL	
Licenciés	Sportifs de haut niveau
Accident de sport : Maximum 70 000 €	Accident de sport : Maximum 300 000 €
Accident corporel grave	
<i>(invalidité égale ou supérieure à 61 %)</i>	
Capital forfaitaire de 1 070 000 Euros	Capital forfaitaire de 1 300 000 Euros
Remboursement des frais immédiats et aide aux proches : dans la limite d'un montant de 15 000 Euros et d'une période de 6 mois à compter de la date de l'accident ; Versement d'un capital immédiat de 70 000 Euros (pour les licenciés) ou 100 000 Euros (pour les dirigeants, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales, arbitres et commissaires sportifs et les enseignants, sportifs de haut niveau et dirigeants du comité exécutif) avant consolidation ; Services d'accompagnement ou blessés et ses proches ; PRESTATIONS DE TRAVAIL SOCIAL, PRESTATIONS D'ERGOTHERAPIE ET ACCOMPAGNEMENT VERS LA REINSERTION PROFESSIONNELLE.	

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE	
Dirigeants et sportifs de haut niveau	Enseignants
Indemnités journalières : 70 Euros / jour (franchise de 15 jours ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation)	Indemnités journalières : 45 Euros / jour (franchise de 15 jours ramenée à 3 jours en cas d'hospitalisation)
DÉPENSES DE SANTÉ	
Remboursement dans la limite de 3 000 Euros par accident, soit :	

- les frais de médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation (y compris forfait journalier hospitalier), rééducation, prothèses, soins d'optique, soins dentaire, soins rendus nécessaires par l'accident jusqu'à la date de consolidation des blessures.
- Garantie étendue aux : désossement d'hanche(s) ; majoration pour chambre particulière (hors suppléments de confort : télévision, téléphone ...); frais liés à l'hébergement d'un parent accompagnant un mineur (nuitées et frais kilométriques); frais de transport pour se rendre aux soins prescrits ; frais de transports des victimes ; domicile - lieu de travail / scolarité ; frais d'ostéopathie.
- Garantie accordée sur justificatifs à hauteur des frais réels engagés par l'assuré et restant à sa charge après intervention des organismes sociaux ou assimilés.

SOUTIEN SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE	
Licenciés et sportifs de haut niveau	
Prise en charge du soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours. Jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.	
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE	

- Organisation et prise en charge du soutien psychologique avec un psychologue clinicien ; 1 à 5 entretiens téléphoniques ; 1 à 3 entretiens en face à face.
- Accompagnement psychologique spécifique dédié aux victimes de violences subies dans le cadre des activités assurées ; ligne téléphonique dédiée.

LES OPTIONS COMPLÉMENTAIRES : Sous réserve de la protection des licenciés et consenteur du devoir d'information que la loi impose sur elle, la FFJDA a souscrit auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances, des garanties complémentaires permettant de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence :

- d'un capital "invalidité" ;
 - d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale.
 - le licencié qui souhaite souscrire ces garanties optionnelles devra remplir le formulaire de souscription disponible auprès du club ou téléchargeable sur le site internet de la FFJDA (www.ffjudo.com) et le renvoyer à SMACI Assurances (à l'adresse indiquée ci-dessous) en y joignant un chèque à l'ordre de SMACI Assurances au montant de la somme requise.
- L'ASSISTANCE (soins et soins de suite) en y joignant un chèque à l'ordre de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances, prévoit notamment :
- Transport sanitaire, aéroport sur place d'un accompagnant, voyage aller-retour d'un proche, prolongation de séjour pour raison médicale, frais médicaux et d'hospitalisation engagés à l'étranger, frais de secours et de recherche.
 - Assistance en cas de décès : Dès lors d'un bénéficiaire en déplacement, déplacement d'un accompagnateur, retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche, sinistre majeur concernant la résidence.
 - Assistance aux personnes valides : Retour des autres bénéficiaires, remplacement d'un accompagnateur, frais médicaux et d'hospitalisation engagés à l'étranger.
 - Avance de fonds, frais de justice et caution pénale
 - Services d'informations
 - Assistance psychologique

Le service d'assistance est joignable 24h/24 au N° Vert 0 800 02 11 11 (appel gratuit, depuis un poste fixe) ou +33 5 49 34 83 38, depuis l'étranger.

Pour tous renseignements ou déclaration de sinistre, contactez : SMACI Assurances - Pôle Partenariat - 141 Avenue Salvador Allende - CS 20000 - 79003 NIORT CEDEX 9
 Tél. : 05 49 32 07 85 / Mail : renseignements_ffjda@smaci.fr / Mail : déclaration sinistre : declaration@smaci.fr
 SMACI Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances
 RCS Niort n° 301 309 605

Ce document n'a pas de valeur contractuelle. Il n'est qu'informatif et ne remplace pas les dispositions prévues au contrat N°262938/C souscrit auprès de SMACI Assurances en partenariat avec Crédit Agricole Assurances, par la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et disciplines associées. (notices d'information téléchargeables sur le site internet de la FFJDA www.ffjudo.com).

Pour toute réclamation, par principe, l'assuré s'adresse au Pôle Partenariat de SMACI Assurances. SMACI Assurances s'engage à accusé réception de cette réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception. Pour les réclamations particulières, SMACI Assurances s'engage à apporter une réponse définitive dans un délai de 2 mois suivant la réception de la réclamation.

En cas de décès sur un régime époux, l'assuré peut en second lieu adresser une réclamation selon l'une des modalités suivantes :

- Par mail adressé : services-reclamations-marchés@smaci.fr
- dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion du contrat, à l'adresse mail suivante : services-reclamations-indemnisations@smaci.fr
- dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion d'un sinistre, à l'adresse mail suivante : services-reclamations-indemnisations@smaci.fr
- par courrier postal à SMACI Assurances Réclamations, 141, avenue Salvador-Allende, 79000 NIORT SMACI Assurance s'engage à respecter les délais de traitement susvisés.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL – PERSONNE MAJEURE



En vue du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération agréée, hors disciplines, à contraintes particulières.

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

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		
	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

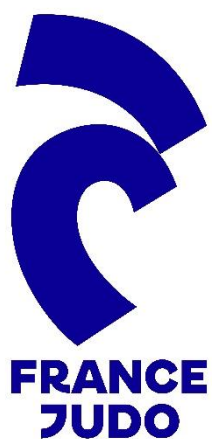


En vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération agréée, hors disciplines, à contraintes particulières.

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 garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.					
Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon			OUI	NON	
Ton âge : <input type="text"/> ans			OUI	NON	
L'année	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?				
	As-tu été opéré(e) ?				
	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?				
	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?				
	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?				
	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?				
	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?				
	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?				
	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?				
	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?				
	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?				
	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?				
Ces 2 dernières semaines	Te sens-tu très fatigué(e) ?				
	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?				
	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?				
	Te sens-tu triste ou inquiet ?				
	Pleures-tu plus souvent ?				
	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?				
Aujourd'hui	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?				
	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?				
	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?				
À faire remplir par les 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 ?					
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?					
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.)					

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.

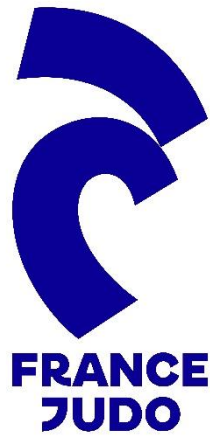


**PRISE DE LICENCE
MAJEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.*

Date et signature du sportif.



**PRISE DE LICENCE
MINEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

*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.