



ASSOCIATION K-1 FAMILY

DOSSIER D'INSCRIPTION — SAISON 2026/2027

Avant de pouvoir suivre les entraînements, il est obligatoire d'avoir fourni :

- La fiche d'adhésion remplie en MAJUSCULES signée.
- Le certificat médical de non-contre-indication à la pratique du Karaté Kyokushinkai et des disciplines du club.
- L'autorisation de droit à l'image.
- 1 photo d'identité : nom et prénom inscrits au dos.
- Le paiement par chèque (possible en 2 chèques), par CB ou en espèces au club.

	ENFANTS/ADOS	ADULTES (+ de 18 ans) accès à tous les cours	BODY-KARATE/LADY-BOXING/SELF DEFENSE
TARIF	160€	180€	120€
COURS	LUNDI / VENDREDI	LUNDI / JEUDI / VENDREDI	VENDREDI

PASS'SPORT : - 50 € (selon les conditions applicables, voir : www.pass.sports.gouv.fr).

PLANNING D'ENTRAÎNEMENT

Saison 2026/2027

HEURE	LUNDI	JEUDI	VENDREDI
17h30-18h15	Karaté de 4 à 7 ans		Karaté de 4 à 7 ans
18h15-19h00	Karaté de 8 à 12 ans		Karaté de 8 à 12 ans
19h00-19h45 (+13 ans)			Body Karaté/Lady Boxing
19h45-20h30 (+13 ans)			Self-Défense
20h00-21h30 (+13 ans)	Karaté		
20h30-22h00 (+13 ans)		Karaté	

Les horaires et activités peuvent être ajustés en fonction du calendrier et des besoins du club.

FICHE D'ADHÉSION

TEAM K-1 FAMILY ADHÉRENT ENFANT / ADO / ADULTE

NOM : _____	PRÉNOM : _____
ADRESSE : _____	
CODE POSTAL : _____	VILLE : _____
N° PORTABLE : _____	E-MAIL : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	LIEU DE NAISSANCE : _____
CEINTURE OU GRADE : _____	

À lire attentivement :

Bénéficiez-vous d'une couverture sociale ? Oui : _____ Non : _____

Avez-vous des antécédents ou problèmes médicaux ? Si oui, lesquels : _____

Personne à contacter en cas d'accident (Nom et n° de téléphone) : _____

Je m'engage à respecter le règlement intérieur et à toujours garder un esprit sportif et martial.

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus, et par la présente, j'autorise la prise en charge médicale par les membres de la K-1 FAMILY pour tout incident survenant pendant l'entraînement, en compétition, en déplacement et pour tous les autres événements.

Fait le : _____ Ville : _____ Signature avec mention "Lu et approuvé"
(Nom, prénom du parent pour les mineurs) : _____

AUTORISATION POUR LES MAJEURS

TEAM K-1 FAMILY

Je soussigné(e), Mlle, Mme, M. _____

Né(e) le _____ à _____ et domicilié(e) à _____

Autorise l'association K-1 FAMILY et les personnes physiques membres du comité directeur, à faire toutes modifications, utilisations, ou publications de voix, d'images, de photographies, ou de films me concernant, à des fins associatives et non lucratives.

Cette autorisation est concédée, à titre gratuit et sans contrepartie aucune, à l'association K-1 FAMILY, sans limite de temps, ni délai de prescription.

Signature : _____ Fait le _____ à _____

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

TEAM K-1 FAMILY

Je soussigné(e), Mme, M, Mlle, _____

tuteur légal de _____

Né(e) le _____ à _____ et domicilié(e) à _____

Autorise l'association TEAM K-1 FAMILY et les personnes physiques membres du comité directeur, à faire toutes modifications, utilisations, ou publications de voix, d'images, de photographies, ou de films du mineur, à des fins associatives et non lucratives.

Cette autorisation est concédée, à titre gratuit et sans contrepartie aucune, à l'association TEAM K-1 FAMILY, sans limite de temps, ni délai de prescription.

Fait le _____ à _____ Nom, prénom et signature du parent : _____

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL

Préalable à la pratique du Karaté Kyokushinkai, à l'entraînement et en compétition

Je, soussigné, Docteur _____, certifie avoir examiné (M, Mme, Mlle)
_____, né(e) le _____, demeurant à
_____, du club K-1 FAMILY et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-
indication à la pratique du Karaté Kyokushinkai en entraînement, en compétition, en Body Karaté ou en Self-
Défense

À _____, le ____ / ____ / 20____. Cachet et signature : _____

Je, soussigné, certifie avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, et déclare que (Mlle, Mme, M.) _____ est apte à pratiquer la compétition dans la catégorie d'âge ou de poids, y compris en cas de surclassement.

À _____, le ____ / ____ / 20____. Cachet et signature : _____

(1) Rayez si besoin les mentions inutiles.



Annexe n°1 :

« ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3)

« 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 DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE 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 regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
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 <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	☐	☐
Depuis l'année dernière	OUI	NON
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 ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 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 ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
Etes-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.