



SHURENKAN
Dojo d'Aikido Traditionnel
dans la Côte d'Ivoire



Fiche de renseignements

destinée à la pratique de l'aïkido
Saison 2026-2027 - Adulte

Nom : Prénom :
Date de naissance : Profession :
Adresse :
C.Postal : Ville :
Tél.fixe : Tél.mobile :
E-mail :
Date : Signature :

Dossier d'inscription	Cotisations annuelles tarif normal / tarif –« anticipé »		
Le jour de l'inscription, fournir : o Les fiches de renseignement et d'attestation dûment complétées et signées ; o L'attestation de Questionnaire Santé o 2 photos d'identité (si 1 ^{ère} inscription) ; o L'ensemble du règlement par chèque (établi à l'ordre de SHURENKAN AIKIDO); o Le passeport EPA dans le cas d' une réinscription.	1. Adulte – Actif 2. Adulte - Sans emploi, étudiants 3. Adulte – 2eme membre inscrit (Licence et assurance incluses)	215 € 160 € 160 €	175 130 130
	Conditions particulières : Règlement possible en un ou plusieurs chèques remis à l'inscription. // tarif « anticipé » (2 ^{de} colonne de chiffres) si ré-inscription <i>complète</i> et règlement avant la reprise des cours.		

ADHÉSION TEMPORAIRE - SÉANCES D'ESSAIS :

Je veux réaliser 1 ou 2 séances d'essais. Je deviens membre **temporaire** de l'association Shurenkan – Je dois renseigner cette fiche.

Avez-vous déjà pratiqué l'aïkido ? ☐ Non Si oui : lieu Période
Comment avez-vous connu le dojo SHURENKAN ?
Tract dans/sur : ☐ boîte aux lettres ☐ pare-brise ☐ forum associations
☐ commerce ou organisme (lequel ?) ☐ relation ☐ mairie
☐ annuaire papier ☐ pages jaunes Internet ☐ site Internet
☐ presse ☐ autre

Cadre réservé au secrétariat Mode de règlement : ☐ Espèces ☐ Chèque (s)

Fiche d'attestation

Important :

Cette attestation doit être renseignée par tout pratiquant, adulte ou enfant.

Un accident est toujours possible. Dans ce cas, le blessé est évacué vers le centre hospitalier le plus proche. Le personnel hospitalier (chirurgiens, médecins) refuse d'intervenir sans l'accord des parents pour un enfant ou sans votre accord pour vous même. Afin de pouvoir intervenir rapidement, nous vous demandons de bien vouloir compléter l'autorisation ci-dessous :

Je soussigné(e) **Nom :** **Prénom :**

Adresse :

AUTORISE / N'AUTORISE PAS (Rayer la mention inutile) les responsables du cours d'Aïkido du Shurenkan à prendre toutes les mesures nécessaires pour ma santé, en cas d'accident, pendant la saison **2026/2027**, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale, SELON LES PRESCRIPTIONS DU CORPS MEDICAL CONSULTÉ.

Écrire « lu et approuvé » :

Date : **Signature :**

Observations éventuelles à communiquer au corps médical (contre-indications médicamenteuses, allergies, etc.) :

Tél. urgence :

Personne à prévenir :

Engagements lors inscription 2026

☐ Dans le cadre de mon inscription à l'association Shurenkan Aikido, j'atteste :

- avoir bien noté qu'au-delà des 8 jours d'essai, toute inscription est définitive et qu'aucun remboursement n'est possible ;
- m'engager à respecter pleinement et sans condition le règlement intérieur et la charte du DOJO ;
- ne présenter aucune contre-indication à la pratique de l'Aïkido ;
- avoir bien pris connaissance que, pour les personnes ayant plus de 65 ans, un certificat médical est obligatoire et que, s'il n'est pas fourni sous 15 jours, l'accès au cours pourra m'être refusé ;
- avoir pris connaissance que dans le cas d'une inscription ou réinscription, le questionnaire médical indiquera le besoin ou non d'un nouveau certificat médical ;
- être assuré(e) en responsabilité civile auprès d'une compagnie notoirement connue ;
- prendre l'entière responsabilité de ma personne ;
- autoriser le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ;
- autoriser l'association Shurenkan Aïkido à utiliser à titre gratuit, et à des fins de présentations et promotions des activités, les éventuelles images de ma personne prises lors de la pratique, sauf dans le cas d'un refus explicite de ma part. Cette autorisation est valable pour une période indéterminée et pourra être révoquée à tout moment par courrier à l'association ;
- accepter que mon mail soit utilisé pour recevoir uniquement les informations sur les actualités des cours et stages du Shurenkan, il ne sera pas utilisé à des fins commerciales ou de diffusion ;
- avoir été informé que dans le cas exceptionnel d'un arrêt d'activité involontaire de la part de l'association (épidémie, catastrophes naturelles, fermeture forcée, incapacité d'accéder aux lieux de pratique...) pour une durée indéterminée, l'association Shurenkan Aïkido ne permet pas de remboursement mais organisera des cours en ligne, ateliers ou stages de rattrapages ou proposera une réduction sur la prochaine inscription.

RGPD

☐ Dans le cadre de la Loi RGPD, j'atteste autoriser l'association Shurenkan Aïkido à traiter les données indiquées dans ce document à des fins de gestion et de communications interne à l'association et au Dojo qu'elle administre. Ces informations sont accessibles uniquement aux personnes ayant en charge la gestion, l'administration, la communication interne et aux enseignants. Elles ne feront l'objet d'aucune vente ou dons à des organisations à but prospectif ou financier. Je peux également accéder et modifier mes informations contenues dans ce dossier. J'ai bien pris connaissance de mes droits d'accès, de modification ou de suppression de mes données personnelles. Je peux appliquer ce droit par une demande écrite auprès de l'association Shurenkan Aïkido, Gymnase du Collège de Beynost, Lieu-dit « Pré Mayeux », 01700 Beynost. En cas de demande de suppression des données, il ne me sera par conséquent pas possible de bénéficier de l'ensemble des services et notamment activités proposées par l'association.

Fait à :

Date :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Conformément à la nouvelle réglementation, merci de répondre au questionnaire de santé suivant et de le remettre à l'accueil du DOJO lors du premier cours. Ce dernier permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour cette saison.

Je soussigné(e) NOM / Prénom : Né(e) le :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
À CE JOUR :		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
Rappel : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du signataire.		

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Merci de nous rendre ce questionnaire rempli et signé à l'accueil.
- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin généraliste ou spécialiste et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Fait à :

Date :

Signature :