ラバル空手五三

LAVAL KARATÉ 53

Photo

松涛館

Adhérant(e)

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

N° tel : N° portable :

Adresse mail :

N° de licence : (délivré par la Fédération après le règlement)

Autorisation de la libre utilisation de l'image

Je sous signé(e), , autorise la prise de vue et la publication l'image sur laquelle j'apparaît, ceci sur différents supports et sans limitation de durée.

À Laval, le / / Signature :

LAVAL KARATÉ 53

FÉDÉRATION FRANÇAISE KARATÉ

DEMANDE DE LICENCE PAR INTERNET SAISON 2026/2027

> **Merci d'écrire en MAJUSCULES d'imprimerie et au stylo à bille - À CONSERVER 3 ANS PAR LE CLUB**

> **CLUB** LAVAL KARATÉ 53

RENOUVELLEMENT DE LICENCE
En cas de modifications concernant des changements ou corrections d'adresse, de code style, de date de naissance, etc., veuillez cocher la case ci-contre et indiquer ces modifications dans la ou les rubrique(s) « *nouveau licencié* » ☐
ADRESSE MAIL PERSONNELLE
Veillez à vérifier ou à inscrire votre adresse mail **pour recevoir votre attestation de licence** dès l'enregistrement par votre club.

Si vous avez déjà été licencié(e) indiquez ici votre n° de licence

Les informations relatives aux notices d'assurance et aux garanties complémentaires sont consultables sur : ffkarate.fr

> **Adresse e-mail du licencié indispensable pour recevoir l'attestation de licence (IMPORTANT : écrire lisiblement EN MAJUSCULES)**

@

> **NOUVEAU LICENCIÉ DANS LE CLUB** (ou modifications pour les renouvellements) **M** ☐ **Mme** ☐ **Nationalité** .....

▼ Nom

▼ Prénom

▼ Date de naissance : *jour/mois/année* **IMPORTANT** Veillez à indiquer **très lisiblement** votre date de naissance car celle-ci conditionne votre catégorie d'âge : poussin, pupille, benjamin, ..., senior, etc.

▼ N°

▼ Rue, Bd, Avenue, Cours, etc.

▼ Nom de la voie

▼ Appartement, Étage, Escalier, Immeuble, Bâtiment, Résidence, ...

▶ **Personne en situation d'handicap** ☐ **oui** ☐ **non**

▼ Lieu-dit

▼ Code postal

▼ Commune

▼ Téléphone 1

▼ Téléphone 2

▼ Code style (voir au verso) SHOT

> **INFORMATION POUR LE CONTRÔLE D'HONORABILITÉ (uniquement pour les dirigeants, professeurs, arbitres et coachs)**

▼ Nom de naissance

▼ Ville de naissance

▼ Numéro de département de naissance

▼ Pays de naissance

Uniquement si pays de naissance autre que la France

▼ Nom et prénom du père

▼ Nom et prénom de la mère

> **LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE :** *Attention à ne remplir qu'une seule des deux parties*

- **Adhérer à l'assurance** « garanties de base accidents corporels » proposée par la FFK.
- **Régler la somme de 39 € TTC** (licence : 38,40 € TTC et assurance : 0,60 € TTC).
- **Accepter** que mes données personnelles recueillies fassent l'objet d'un traitement informatique par la FFK.
- **Avoir pris connaissance, au verso ou sur ffkarate.fr, des informations relatives** : aux assurances et garanties complémentaires, à la validité de la licence, au certificat médical et à la loi du 06 janvier 1978 modifiée « Informatique et libertés ».

Date : *Signature de l'adhérent : (ou du représentant légal)*

- **Refuser d'adhérer à l'assurance** « garanties de base accidents corporels » proposée par la FFK ; dans ce cas, **le soussigné reconnait avoir été informé des risques encourus par la pratique du karaté et des disciplines associées.**
- **Accepter** que mes données personnelles recueillies fassent l'objet d'un traitement informatique par la FFK.
- En conséquence, **ne pas régler avec la licence la somme de 0,60 €** de l'assurance, mais **régler finalement la somme de 38,40 € TTC.**
- **Avoir pris connaissance, au verso ou sur ffkarate.fr, des informations relatives** : aux assurances et garanties complémentaires, à la validité de la licence, au certificat médical ainsi qu'à la loi du 06 janvier 1978 modifiée « Informatique et libertés ».

Date : *Signature de l'adhérent : (ou du représentant légal)*

> Acceptez-vous de recevoir les actualités de la FFK ? ☐ **oui** ☐ **non**

FÉDÉRATION FRANÇAISE KARATÉ

Annexe n°3 :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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

EXEMPLAIRE A CONSERVER PAR L'ADHERENT

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

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.

FÉDÉRATION FRANÇAISE KARATÉ

Annexe n°4 :

EXEMPLAIRE A REMETTRE AU CLUB ET A CONSERVER PAR CE DERNIER

ATTESTATION DE REPONSE AU CONTENU DU QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

LICENCIÉ MAJEUR

Je soussigné(e) Monsieur/Madame _____

_____

_____

atteste avoir complété l'ensemble du Questionnaire de santé « QS-SPORT » (CERFA n°15699*01) et avoir répondu **négativement** à l'ensemble des items présentés.

Date et signature : Le / /