

AKL - Association Kochersberg Loisirs

7 rue du Kochersberg 67370 Willgottheim – Registre des Associations Brumath Vol, VII N°419 / FFSP N° F 209

Section Self-défense

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

1. Informations personnelles du participant

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse :
Téléphone : E-mail :
Responsable légal (pour les enfants mineurs) :

2. Contact en cas d'urgence

Nom : Téléphone :

3. Santé

☐ J'atteste avoir répondu **non** à toutes les questions du questionnaire de santé transmis avec ce formulaire d'inscription (questionnaire à conserver par le participant)

Certificat médical d'aptitude à la pratique fourni ? ☐ Oui ☐ Non

4. Autorisations / Engagement

- ☐ J'autorise mon enfant mineur à participer aux cours de self-défense.
- ☐ J'autorise les responsables de l'association à prendre toutes les dispositions nécessaires (appel des secours, transport, soins) en cas d'urgence.
- ☐ J'autorise la diffusion de photos et vidéos prises lors des cours ou manifestations (site internet, réseaux sociaux, presse locale).
- ☐ Je m'engage à respecter le règlement intérieur, les consignes des encadrants et les règles de sécurité.

L'association se réserve le droit d'exclure temporairement ou définitivement toute personne dont le comportement serait contraire à ces règles, aux valeurs de respect et de convivialité de l'association ou susceptible de mettre en danger autrui.

5. Cotisation

Le montant de la cotisation annuelle 2026/2027 est fixé à **150 €** :

- **15 €** pour l'adhésion à l'Association Kochersberg Loisirs
- **135 €** destinés aux besoins de l'activité de self-défense

Modalité de règlement : ☐ Chèque ☐ Espèces ☐ CB

Date : / /

Signature du participant (et du représentant légal pour les mineurs) :

AKL - Association Kochersberg Loisirs

7 rue du Kochersberg 67370 Willgottheim – Registre des Associations Brumath Vol, VII N°419 / FFSP N° F 209

Section Self-défense

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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 :	OUI	NON
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 dans 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 ?		
Etes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?		

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du participant.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

- Le certificat médical n'est pas obligatoire.
- Attestez sur le formulaire d'inscription avoir répondu NON à toutes les questions.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

- Le certificat médical est à fournir.
- Consultez un médecin et présentez-vous ce questionnaire complété.