



DEMANDE D’AFFILIATION INDIVIDUELLE (Valide pour 1 an / octobre ou février)
INDIVIDUAL MEMBERSHIP (Valid for one year / October or February)
S.V.P. Veuillez compléter en lettres moulées / Please, print

						Session / Term			
Coûts Cost	Adultes Adults	30\$	<input type="checkbox"/>	(18 ans et plus) (18 years old and older)	Sexe M <input type="checkbox"/>	Nouveau membre New member	<input type="checkbox"/>	Automne / Fall	<input type="checkbox"/>
	Enfants Children	20\$	<input type="checkbox"/>	(17 ans et moins) (17 years old and younger)	Gender F <input type="checkbox"/>	Renouvellement Membership renewal	<input type="checkbox"/>	Hiver / Winter	<input type="checkbox"/>
Black Belt	Ceinture noire	60\$	<input type="checkbox"/>	Incluant l’affiliation à la JKS 1 ^{ère} année				M	<input type="checkbox"/>
	Ceinture noire	50\$	<input type="checkbox"/>	Incluant le renouvellement à la JKS					
	Directeur du club	20\$	<input type="checkbox"/>	Affiliation JKS				F	<input type="checkbox"/>

Prénom / First name		Nom / Name		Date de naissance (J/M/A) / Birthday (D/M/Y)	
Adresse / Address		Ville / City	Province	Code postal / Postal code	
Téléphone (R) / Phone (H)		Téléphone (T) / Phone (W)		Courriel / E-mail	
Grade / Rank	Kyu	Dan	Nom du dojo / Dojo’s name		Instructeur / Instructor

QUESTIONNAIRE MÉDICAL / MEDICAL FORM

	oui yes	non no		oui yes	non no
1. AFFECTION DES SENS / SENSORY SYSTEM			5. PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES / MUSCULAR SKELETON SYSTEM		
A. Souffrez-vous d’une affection visuelle? <i>Do you have a visual condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Avez-vous une limitation de mouvement d’un de vos membres ou de la colonne vertébrale? <i>Do you have limb or spinal limitation?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Portez-vous des lunettes? <i>Do you wear glasses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Souffrez-vous d’une faiblesse musculaire? <i>Do you have muscle weakness?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Portez-vous des verres de contact? <i>Do you wear contact lens?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. PROBLÈMES SYSTÉMIQUES / METABOLIC PROBLEM		
D. Avez-vous des problèmes auditifs? <i>Do you have a hearing problem?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Souffrez-vous d’une affection cardiaque ou vasculaire? <i>Do you have a cardiac or vascular disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX / NERVOUS SYSTEM			7. PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES / CARDIOVASCULAR SYSTEM		
A. Souffrez-vous d’évanouissement? <i>Do you faint?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Souffrez-vous d’une affection cardiaque ou vasculaire? <i>Do you have a cardiac or vascular disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Souffrez-vous d’épilepsie? <i>Do you have epilepsy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. PROBLÈMES CUTANÉS / SKIN CONDITION		
C. Avez-vous souffert de traumatisme crânien dernièrement? <i>Have you had a head injury recently?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau? <i>Do you have a contagious skin condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Souffrez-vous de désordres cervicaux ou neurologiques autres que ceux mentionnés ci-haut? <i>Do you have any cervical or neurological disorders?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. AUTRES CONDITIONS / OTHER DISORDERS		
3. AFFECTIONS RESPIRATOIRES / RESPIRATORY SYSTEM			A. Prenez-vous des médicaments? <i>Do you take any prescribed drugs?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Souffrez-vous d’asthme ou de bronchite chronique? <i>Do you have asthma or chronic bronchitis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Avez-vous subi une intervention chirurgicale? <i>Have you had surgery?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PROBLÈMES RÉNAUX / RENAL SYSTEM			C. Souffrez-vous de maladie ou d’affection autres que celles mentionnées ci-haut? <i>Have you suffered or are you suffering from any other conditions that were not mentioned above?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d’une maladie rénale quelle qu’elle soit? <i>Have you suffered or are you suffering from any kind of kidney disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Pour votre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu «oui» à une ou à plusieurs questions mentionnées et d’envoyer une copie du rapport médical à votre instructeur avec les recommandations du médecin. / For your own safety, if you answered yes to one or more of the above questions, we strongly recommend that you consult your doctor. A copy of your physical exam result, including the doctor’s recommendations, should be forwarded to your instructor.

Votre cotisation de membre à l’A.K.S. vous donne droit à l’assurance accident et au passeport sportif vous permettant de participer aux activités (camps d’entraînements, compétitions, passages de grade, etc.). En aucun temps l’A.K.S. ne peut être tenue responsable des agissements, comportements, paroles ou gestes fautifs ou inappropriés commis par les instructeurs qu’elle a accrédité ou par un membre affilié. / Your membership to SKA includes the following: sport passport, accident insurance and participation to activities (camps, competitions, examinations, etc.). In any time the SKA cannot be held responsible for the intrigues, behaviours, words or gestures faulty or inappropriate made by the instructors whom it accredited or by an affiliated member.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets, que je suis en bonne condition pour pratiquer le karaté shotokan et que j’en accepte les risques inhérents au sport. / I declare that the information provided is exact and complete. I also certify that I am in good physical condition to practise Shotokan karate and I accept the inherent risks associated with the sport.

Date _____

Signature du membre ou du parent si moins de 18 ans
Member’s signature or parent signature if member is under 18 years old

Signature du responsable de dojo
Dojo representative’s signature