



Association de Karaté Shotokan

1870 rue Jean-Nicolet Alma, Qc G8C 1G7
Tél./Phone. : 418-668-2101

DEMANDE D’AFFILIATION INDIVIDUELLE

(Valide pour 1 an / octobre ou mars)

INDIVIDUAL MEMBERSHIP

(Valid for one year / October or March)

Coûts / Costs

Débutants & ceintures de couleurs Beginners & colour belts

Adultes Adults	30 \$
Juniors (17 ans & -) Juniors (17 yrs old & -)	20 \$

Sexe M Gender F	Nouveau membre New member	Session Automne / Fall
	Renouvellement Membership renewal	Hiver / Winter

S.V.P. Veuillez compléter en lettres moulées / Please, print

AKS Numéro de passeport :

AKS Passport number

Coûts / Costs

Ceintures noires & directeurs de Dojo

Black belts & Dojo directors

Junior (17 ans et -) - 1 ère année Junior (17 yrs. old & -) - 1st year	50 \$
Adulte - 1 ère année Adult - 1st year	60 \$

Renouvellements

Renewals

Junior (17 ans et -) Junior (17 yrs. old & -)	40 \$
Adultes Adults	50 \$
Directeur de Dojo Dojo director	20 \$

OBLIGATOIRE AU RENOUELEMENT - MANDATORY ON RENEWAL

JKS membership #

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

QUESTIONNAIRE MÉDICAL / MEDICAL FORM

<p>1. AFFECTION DES SENS / SENSORY SYSTEM</p> <p>A. Souffrez-vous d'une affection visuelle? Do you have a visual condition?</p> <p>B. Portez-vous des lunettes ? Do you wear glasses?</p> <p>C. Portez-vous des verres de contact? Do you wear contact lens?</p> <p>D. Avez-vous des problèmes auditifs ? Do you have an hearing problem ?</p> <p>2. AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX / NERVOUS SYSTEM</p> <p>A. Souffrez-vous d'évanouissement ? Do you faint ?</p> <p>B. Souffrez-vous d'épilepsie ? Do you have epilepsy ?</p> <p>C. Avez-vous souffert de traumatisme crânien dernièrement? Have you had a head injury recently ?</p> <p>D. Souffrez-vous de désordres cervicaux ou neurologiques autres que ceux mentionnés ci-haut? Do you have any cervical or neurological disorders ?</p> <p>3. AFFECTIONS RESPIRATOIRES / RESPIRATORY SYSTEM</p> <p>A. Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique? Do you have asthma or chronic bronchitis ?</p> <p>4. PROBLÈMES RÉNAUX / RENAL SYSTEM</p> <p>A. Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie rénale quelle qu'elle soit ? Have you suffered or are you suffering from any kind of kidney disease?</p>	<p>5. PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES / MUSCULAR SKELETON SYSTEM</p> <p>A. Avez-vous une limitation de mouvement d'un de vos membres ou de la colonne vertébrale? Do you have limb or spinal limitation ?</p> <p>B. Souffrez-vous d'une faiblesse musculaire ? Do you have muscle weakness ?</p> <p>6. PROBLÈMES SYSTÉMIQUES / METABOLIC PROBLEM</p> <p>A. Souffrez-vous de diabète ? Are you diabetic ?</p> <p>7. PROBLÈMES CARDIO-VASCULAIRES / CARDIOVASCULAR SYSTEM</p> <p>A. Souffrez-vous d'une affection cardiaque ou vasculaire ? Do you have a cardiac or vascular disorder ?</p> <p>8. PROBLÈMES CUTANÉS / SKIN TROUBLE</p> <p>A. Souffrez-vous de maladie contagieuse de la peau ? Do you have a contagious skin condition ?</p> <p>9. AUTRES CONDITIONS / OTHER DISORDERS</p> <p>A. Prenez-vous des médicaments ? Do you take any prescribed drugs ?</p> <p>B. Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? Have you had surgery ?</p> <p>C. Souffrez-vous de maladie ou d'affection autres que celles mentionnées ci-haut? Have you suffered or are you suffering from any other conditions that were not mentioned above ?</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.). Your membership to AKS includes the following : sport passport, accident insurance and participation to activities (camps, competitions, examinations, 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. In any time the A.K.S. 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