

**Association de Karaté Shotokan**1870 rue Jean-Nicolet Alma, Qc G8C 1G7
Tél./Phone. : 418-668-2101**Numéro de passeport :**
Passport number**DEMANDE D’AFFILIATION INDIVIDUELLE** (Valide pour 1 an / octobre ou mars)**INDIVIDUAL MEMBERSHIP** (Valid for one year / october or march)

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

Coûts	Adultes	30\$	<input type="checkbox"/>	(18 ans et plus)	Sexe	M	<input type="checkbox"/>	Nouveau membre	<input type="checkbox"/>	Session	Automne /	<input type="checkbox"/>
	Adults			(18 years old and older)		F	<input type="checkbox"/>		New member			fall
Cost	Enfants	20\$	<input type="checkbox"/>	(17 ans et moins)	Sex	F	<input type="checkbox"/>	Renouvellement	<input type="checkbox"/>	Hiver /	<input type="checkbox"/>	
	Childrens			(17 years old and younger)			<input type="checkbox"/>		Membership renew			winter

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 (home) _____ Téléphone (T) / Phone (business) _____ Courriel / E-mail _____

Grade / Rank _____ Kyu _____ Dan _____ Nom du dojo / Dojo's name _____ Instructeur / Instructor _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL / MEDICAL FORM

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

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 oldSignature du responsable de dojo
Dojo representative's signature