



JUDO / SELF DEFENSE GRAND-SACONNEX

Case postale 203 - 1218 Le Grand-Saconnex

Tél : 022 / 788 20 21 – Fax : 022 / 788 20 22

Internet : www.judograndsaconnex.com – E-mail : judo@judogrand-saconnex.com

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Madame, Monsieur,

Afin de mieux cerner les risques de chacun et éviter tout accident, nous vous serions gré de bien vouloir compléter le questionnaire ci-dessous et nous le remettre. Pour des questions de confidentialité, les données médicales ne sont naturellement pas obligatoires, mais utiles pour connaître les éventuelles précautions à observer. Aucun renseignement ne sera donné à un tiers. Cette inscription n'est pas une demande de prise en charge médicale par le club. Cette feuille est partie intégrante de l'inscription au club et ne peut-être dissocié de la partie administrative.

Un grand merci pour votre compréhension.

Personne inscrite :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (rue et numéro): _____

Case postale : _____ Commune : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Pour les mineurs, **représentant légal** :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (rue et numéro): _____

Case postale : _____ Commune : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de : (*prière de cocher la/les case(s)*):

Maladie du coeur []	Rhumatisme []
Maladie des poumons []	Maladie neurologique, épilepsie []
Maladie du système digestif []	Maladies éataboliques (diabète) []
Troubles articulaires []	Troubles articulaires []
	Hernies []

Autres éléments importants, éventuels détails :

Je certifie que ces réponses, sont justes et que je m'estime apte à pratiquer le Judo / Self Défense du point de vue de mon état de santé. Par ailleurs, j'atteste avoir une couverture d'assurance (personnelle ou professionnelle – type LAA) couvrant le risque d'accident non professionnel.

Date et lieu :

Signature (représentant légal)