



# Formulaire d'adhésion — Self-défense féminine (à remplir et à remettre)

## Systema Centre Orléans

Saison 2026/2027

Ce document permet d'adhérer au cycle de self-défense féminine du Systema Centre Orléans pour la saison 2026/2027 sans passer par l'adhésion en ligne. Cette adhésion est indépendante de celle du Systema. Complétez ce document, datez-le et signez-le, puis remettez-le à votre instructeur avec les pièces demandées et votre règlement.

*Il est également possible de régler par chèque (à l'ordre de Systema Centre Orléans) ou en espèces, directement lors d'un des premiers cours de l'année.*

Votre signature au bas de ce formulaire vaut adhésion et acceptation des engagements listés ci-dessous. Une adhésion est également possible en ligne, sur [systema-centre.fr/adhesion/](http://systema-centre.fr/adhesion/).

### Vos coordonnées

Nom (\*) : .....

Prénom (\*) : .....

Date de naissance (\*) : .....

E-mail (\*) : .....

Profession (\*) : .....

Téléphone, portable de préférence (\*) : .....

Adresse de résidence — n°, rue, bât., apt. (\*) : .....

.....

Code postal (\*) : .....

Ville de résidence (\*) : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence — Prénom, NOM (\*) : .....

Téléphone de cette personne, portable de préférence (\*) : .....

Comment avez-vous découvert le club Systema Centre Orléans ? .....

.....

Quelque chose à partager ? Votre parcours dans les arts martiaux, vos questions, .....

vos appréhensions, votre expérience passée au sein du club .....

.....

.....

.....

## **Formule choisie**

- ☐ Adhésion : 160 € + licence 30 € — total 190 €
- ☐ Adhésion, en 3 fois : 84 € puis 2 × 54 € — total 192 €

Mode de règlement ☐ chèque, à l'ordre de Systema Centre Orléans ☐ espèces

Le paiement en trois fois est possible par chèque : remettez les trois chèques avec votre dossier, ils seront encaissés à un mois d'intervalle.

## **Pièces à fournir :**

- Le Questionnaire de Santé (*Formulaire Cerfa n°15699\*01 au verso du présent document*) rempli,  
*accompagné si nécessaire d'un Certificat médical*
- 1 photo d'identité (pour les nouveaux adhérents uniquement)
- Le présent formulaire d'adhésion daté et signé
- Règlement (*si chèque ou espèces*)
- *Attestation de scolarité (tarif étudiant uniquement)*

## **Engagements d'adhésion**

Je soussigné(e), (*Nom, Prénom*).....

- Déclare exacte les informations citées ci-dessus, et m'engage à transmettre l'ensemble du dossier d'adhésion (*pièces citées ci-dessus*) en une seule fois, afin de poursuivre la pratique du Systema ;
- Déclare être informé par Systema Centre Orléans qu'il est dans mon intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes pour couvrir les dommages corporels pouvant survenir au cours de la pratique du Systema et/ou de la Self-Défense ;
- Je décharge totalement et d'une manière indéterminée l'association Systema Centre Orléans et ses instructeurs pour les préjudices physiques ou matériels que je pourrais subir ;
- Accepte qu'aucun remboursement ne sera effectué.

Fait à : ..... Le : .....

Signature (*précédée de la mention « Lu et approuvé »*) :

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 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 ?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 7) 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 durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>                                                                                                                                     |                          |                          |

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Prénom, NOM : ..... Fait le ...../...../..... à : .....

Signature :