



**Renouvellement** : Veuillez vérifier et corriger les informations, s’il y a lieu

**Nouveau dossier** : Veuillez compléter les informations demandées

**Questionnaire médical** : Veuillez répondre à toutes les questions

**Lettres moulées S.V.P.**

Dossier AKJQ

Dojo

Membre

Grade

Cotisation sénior (18 ans et plus) **35\$**

Cotisation junior (17 ans et moins) **25\$**

Je n’ai jamais été membre de l’AKJQ

Je suis ou j’ai déjà été membre de l’AKJQ,

Nom du dojo auquel mon dossier est associé présentement :

\* Information obligatoire

Informations

Corrections

Prénom\*

Nom\*

Sexe\*

Femme

Homme

JJ-MM-AAAA

JJ-MM-AAAA

Date de naissance\*

Courriel\*

Occupation

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone (rés)

Téléphonr (trav.)

**Questionnaire médical**

- |   | Oui | Non |  | Oui | Non |
|---|-----|-----|--|-----|-----|
| <b>1. Affectation des sens</b>  |     |     | <b>5. Problèmes musculo-squelettiques</b>  |     |     |
| a) Souffrez-vous d’une affection visuelle ?   |     |     | a) Avez-vous une limitation d’un de vos membres ou de la colonne vertébrale ?            |     |     |
| b) Portez-vous des lunettes ?   |     |     | b) Souffrez-vous de faiblesse musculaire ?   |     |     |
| c) Portez-vous des verres de contact ?  |     |     | <b>6. Problèmes systémiques</b>  |     |     |
| d) Avez-vous des problèmes auditifs ?   |     |     | a) Souffrez de diabète ?   |     |     |
| <b>2. Affection du système nerveux</b>  |     |     | <b>7. Problèmes cardio-vasculaires</b>   |     |     |
| a) Souffrez-vous d’évanouissement ?   |     |     | a) Souffrez-vous d’une affection cardiaque ou vasculaire ?                               |     |     |
| b) Souffrez-vous d’épilepsie ?  |     |     | <b>8. Problèmes cutanés</b>  |     |     |
| c) Avez-vous souffert de traumatisme crânien dernièrement ?                         |     |     | a) Souffrez-vous d’une maladie contagieuse de la peau ?                                  |     |     |
| d) Souffrez-vous d’un désordre cervical ou neurologique autre que ceux mentionnés ? |     |     | <b>9. Autres conditions</b>  |     |     |
| <b>3. Affections respiratoires</b>  |     |     | a) Prenez-vous des médicaments ?   |     |     |
| a) Souffrez-vous d’asthme ou de bronchite chronique ?                               |     |     | b) Avez-vous subi une intervention chirurgicale dernièrement ?                           |     |     |
| <b>4. Problèmes rénaux</b>  |     |     | c) Souffrez-vous d’une maladie ou d’une affection autre que celles mentionnées ci-haut ? |     |     |
| a) Avez-vous souffert ou souffrez-vous d’une maladie rénale quelle qu’elle soit ?   |     |     |  |     |     |

Pour votre sécurité, nous vous demandons de consulter votre médecin si vous avez répondu « Oui » à une ou plusieurs questions mentionnées et remettre une copie du rapport médicale à votre instructeur.

Dans le cadre des évènements organisés par l’AKJQ et ses dojos affiliés, des photographies et enregistrements vidéo pourrait être produits dans le but de promouvoir l’AKJQ et ses dojos affiliés sur différentes plates-formes publicitaires notamment le site internet, les affiches, les pages Facebook, les publicités et tout autre visuel qui sera développé pour faire la promotion de l’AKJQ et ses dojos affiliés sur le territoire du Québec pour une durée illimitée. Si vous ne désirez pas y apparaître, nous vous demandons de nous en aviser et de vous retirer lors de la production de ses photographies et enregistrements vidéo.

**Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.**

JJ-MM-AAAA

Date :

Signature du demandeur ou du parent si moins de 18 ans.

Signature du responsable du dojo

Votre cotisation vous donne droit à tous les services administratifs offerts par l’association de karaté japonais du Québec : Passeport sportif, assurance accident et réseau de compétitions. Pour de plus amples informations, contactez le secrétariat de l’AKJQ.