

ACADEMIE EUROPEENNE DE JUJITSU TRADITIONNEL

Ecole d'activités physiques et sportives légalement déclarée auprès du Ministère de la jeunesse et des Sports Français.



Fiche remplie volontairement sur mes capacités à pratiquer selon la 2^{ème} formule **À faire remplir lors de la fourniture du certificat médical lors de l'inscription dans un club reconnu par l'A.E.J.T.**

Vous souhaitez pratiquer selon la 2^{ème} formule et/ou vous présenter à un examen A.E.J.T. selon cette même formule car vous constatez que vos capacités physiques ne sont pas adaptées à l'effort demandé à l'organisme pour se présenter selon la pratique classique qualifiée de 1^{ère} formule.

Afin de compléter ce que votre médecin référent a noté dans votre certificat médical et/ou pour justifier votre demande, nous vous demandons de remplir volontairement et le plus précisément possible le questionnaire papier ci-dessous qui restera confidentiel.

Vous devez joindre ce formulaire au certificat médical de non contre-indication rempli par votre médecin référent, indispensable pour pratiquer et/ou se présenter à tout examen A.E.J.T.

Vous avez parfaitement le droit de refuser de remplir ce document, sachez que dans ce cas, devant notre incapacité à garantir un minimum de sécurité dans votre pratique, vous ne serez pas autorisé à présenter l'un quelconque des titres de notre méthode, voir à pratiquer au sein de nos structures reconnues.

JACQUES JEAN QUERO

Professeur de judo, Jujitsu et méthodes de combat assimilées
Diplômé d'Etat 2^{ème} degré
Titulaire du brevet de Maître décerné au Japon
Tél : +33 467.47.38.19
Télécopie : +33 467.47.54.85

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Né(e)le** ____/____/____

ADRESSE : _____

_____ **Tél :** _____ **GSM :** _____

CLUB : _____ **Grade** _____

➤ **Etes-vous facilement essoufflé(e) en pratiquant une activité sportive ? OUI NON**

Commentaires : _____

➤ **Quels sont les mouvements que vous ne pouvez pas exécuter ?**

Commentaires : _____

➤ **Si vous pratiquez déjà, quelles sont les techniques impossibles à effectuer pour vous ?**

Commentaires : _____

➤ **Avez-vous des difficultés à descendre au sol ? OUI NON**

Commentaires : _____

➤ **Précisez quels sont vos handicaps physiques :**

Commentaires : _____

➤ **Prenez-vous un traitement régulier qui n'aurait pas été signalé par votre médecin ? OUI NON**

Commentaires : _____

Si oui, accepteriez-vous si l'A.E.J.T. le juge utile, d'être contacté afin de s'entretenir avec vous des limites éventuelles de votre pratique ? OUI NON

Commentaires : _____

En cas de dissimulation d'informations pouvant avoir une incidence sur votre capacité à pratiquer sans risque et entraînant une responsabilité supplémentaire non connue de votre encadrement, la carte A.E.J.T. vous autorisant à pratiquer pourra vous être immédiatement retirée, vous interdisant alors l'accès à notre méthode.

Signature et date obligatoire d'établissement du questionnaire :