

SAISON SPORTIVE 2025 - 2026

Deux salles d 'entraînement

Dojo de l'ASPTT - Complexe Municipal René SACHE
15 rue Jacques DUCLOS - 51000 Châlons - en - Champagne
Dojo Rive gauche -
10 rue de normandie - 51000 Châlons - en - Champagne

Entraîneurs diplômés

Monsieur Frantz RALITE
Professeur diplômé d'état 2^{ème} degré - Ceinture noire 6^{ème} Dan

Monsieur Johnny PAROS
Entraîneur Diplômé d'Etat de la jeunesse de l'éducation populaire et du sport -
Ceinture noire 2^{ème} Dan - Arbitre National

Monsieur Matthieu HANON
Certificat de qualification professionnelle Judo Jujitsu
Ceinture noire 2^{ème} Dan

TENUE : Kimono et une paire de zoori (tongs)

PIECES A FOURNIR AU MOMENT DE L' INSCRIPTION :

Anciens adhérents majeurs: certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition sur le passeport sportif. Ce dernier est exigible tous les cinq ans partir de 30 ans.

Sinon remplir le questionnaire de santé et son attestation QS sport exigible pour le renouvellement d'une licence sportive.

Pour les nouveaux adhérents majeurs : certificat médical de non contre-indication à la pratique du judo en compétition + 1 photographie d'identité.

Pour les mineurs : Remplir le questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif mineur et son attestation QS exigible pour l'obtention et le renouvellement d'une licence sportive + 1 photographie d'identité pour les nouveaux adhérents

Entraînements au Dojo de l'ASPTT
Complexe Municipal René SACHE

INSCRIPTIONS : A COMPTER DU 10 SEPTEMBRE 2025 AUX HORAIRES DES SEANCES

PREMIERE SEANCE DE JUDO A COMPTER DU LUNDI 15 SEPTEMBRE 2025

Monsieur Johnny PAROS
DEJEPS Judo Jujitsu
Ceinture noire 2^{ème} Dan

8 - 11 ANS : Mercredi : 18 H 00 - 19 H 00
Vendredi : 18 H 00 - 19 H 00

Monsieur Johnny PAROS
DEJEPS Judo Jujitsu
Ceinture noire 2^{ème} Dan

12 ANS et + : Mercredi : 19 H 00 - 20 H 15
Vendredi : 19 H 30 - 21 H 15

Monsieur Matthieu HANON

Certificat de qualification professionnelle Judo Jujitsu
Ceinture noire 2^{ème} Dan

4 - 5 ANS Mercredi de 16 H 00 à 17 H 00
6 - 7 ANS : Mercredi : 17 H 00 - 18 H 00

Monsieur Frantz RALITE

Professeur diplômé d'état 2^{ème} degré
Ceinture noire 6^{ème} Dan

KATAS : Lundi: 19 H 15 - 20 H 15

Entraînements au Dojo Rive Gauche

INSCRIPTIONS : A COMPTER DU 09 SEPTEMBRE 2025 AUX HORAIRES DES SEANCES

PREMIERE SEANCE DE JUDO A COMPTER DU MARDI 16 SEPTEMBRE 2025

Monsieur Johnny PAROS
DEJEPS Judo Jujitsu
Ceinture noire 2^{ème} Dan

4 - 5 - 6 ANS : Mardi : 18 H 30 - 19 H 30
Jeudi : 18 H 30 - 19 H 30

Monsieur Johnny PAROS
DEJEPS Judo Jujitsu
Ceinture noire 2^{ème} Dan

7 - 8 - 9 - 10 ANS : Mardi : 19 H 30 - 20 H 45
Jeudi : 19 H 30 - 20 H 45

JUDO SAISON 2025-2026

DOCUMENTS A FOURNIR LORS DES INSCRIPTIONS

Si votre Comité d'Entreprise vous rembourse une partie de la cotisation, n'hésitez pas à nous contacter afin que nous puissions vous délivrer une attestation.

-Type de règlement: Numéraire(exception), Chèque bancaire, Chèque vacances, Bon CAF, Coupons Sport.

IMPORTANT: Bons CAF, coupons sport (A fournir avant le 13 novembre 2025)

COTISATION	Règlement de la totalité de la cotisation le jour de l'inscription avec possibilité de différer l'encaissement en 2 ou 3 ou 4 fois.											
	2		3		4							
Coût de la cotisation	M	M+1	M	M+1	M+2	M	M+1	M+2	M+3			
1 Adhérent pour 1 an	100,00 €	80,00 €	100,00 €	40,00 €	40,00 €	100,00 €	27,00 €	27,00 €	26,00 €			
Total pour une famille de 2 adhérents	200,00 €	120,00 €	200,00 €	60,00 €	60,00 €	200,00 €	40,00 €	40,00 €	40,00 €			
Total pour une famille de 3 adhérents	300,00 €	150,00 €	300,00 €	75,00 €	75,00 €	300,00 €	50,00 €	50,00 €	50,00 €			
Total pour une famille de 4 adhérents	400,00 €	160,00 €	400,00 €	80,00 €	80,00 €	400,00 €	54,00 €	53,00 €	53,00 €			

M = Mois de souscription de l'adhésion.

Les cotisations sont mises en recouvrement 15 jours après le dépôt du dossier d'inscription. S'il y a un désistement, il ne peut intervenir que dans ce laps de temps, et il résulte d'un acte volontaire de l'adhérent (adhérents majeurs) ou de son représentant légal (adhérents mineurs).

IMPORTANT: LES COTISATIONS MISES EN RECouvreMENT NE SERONT PAS REMBOURSEES.

BULLETIN D'ADHÉSION

2025-2026

Section: _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CLUB

IDENTITÉ

Nom* : _____ Prénom* : _____

Sexe* : Homme Femme Date de naissance* : ____ / ____ / ____

Adresse du domicile* : _____

Code Postal* : _____ Ville* : _____

E-mail* : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____

Profession : _____ Fonction publique : Oui Non

La Poste / Identifiant RH : _____

Bénévole

Licence Déléгатaire / Numéro : _____

Compétition

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (Cerfa n°15699*01)

Ou, pour les mineurs :

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions relatives à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence (annexe II-23 du code du sport)

CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

(À remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

Encadrant Dirigeant Arbitre

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport et/ou aux fonctions d'arbitre au sens de l'article L. 223-1 du code du sport. À ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué. Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce comme éducateur ou exploitant ou arbitre. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. À défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

J'ai compris et j'accepte ce contrôle

Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et Prénom de naissance* (si différent de l'usage) _____

Lieu de naissance* :

Né en France : Département _____ Commune : _____

Né à l'étranger : Pays _____ Ville : _____

Si né à l'étranger :

Nom de la mère _____ Prénom de la mère _____

Nom du père _____ Prénom du père _____

ACTIVITÉS ET MONTANTS FINANCIERS

Type d'adhésion : Création Renouvellement

Licence FSASPTT :

Licence ASPTT PREMIUM 26 €

Licence FSASPTT ACCESS 8 €

Licence FSASPTT EVENT 2 €

Licence FSASPTT :

Droits d'adhésion club :

Montant section :

Montant licence déléгатaire :

Montant autre :

Montant total :

Mode de paiement :

ASPTT

FEDERATION
OMNISPORTS
cultivons vos envies

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme _____ représentant légal de _____

certifie lui donner l'autorisation de :

- + Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités
- + Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'urgence est : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes, vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation (cession de droit à l'image).
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de mon club ASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

ASSURANCES

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou FSASPTT EVENT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT.

Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels » ou « Assistance aux personnes ».

Le montant de ces assurances compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM est de 1,51 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,30 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Il est respectivement de 0,35 € et 0,10 € dans la licence FSASPTT EVENT. Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique. Les licenciés ASPTT PREMIUM bénéficient également d'une assurance « Protection juridique contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles ».

REFUS D'ASSURANCE "DOMMAGES CORPORELS" ET/OU "ASSISTANCE"

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance :

- + Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- + Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la ou les cases ci-dessous :

- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »
- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération

À _____

Le ____ / ____ / ____

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant :

ASPTT

FEDERATION
OMNISPORTS
cultivons vos envies

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR



En vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération agréée, hors disciplines, à contraintes particulières.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.				
		Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon	OUI	NON
		Ton âge : <input type="text"/> ans		
L'année	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?			
	As-tu été opéré(e) ?			
	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?			
	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?			
	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?			
	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?			
	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?			
	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?			
	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?			
	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?			
	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?			
	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?			
Ces 2 dernières semaines	Te sens-tu très fatigué(e) ?			
	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?			
	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?			
	Te sens-tu triste ou inquiet ?			
	Pleures-tu plus souvent ?			
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?				
Aujourd'hui	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?			
	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?			
	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?			
À faire remplir par les parents				
	Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?			
	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?			
	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)			

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



**PRISE DE LICENCE
MINEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ,
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR
(arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Date et signature du représentant légal.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL – PERSONNE MAJEURE



En vue du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération agréée, hors disciplines, à contraintes particulières.

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*		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		
	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

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

Pas de certificat médical à fournir. Simplet 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.



**PRISE DE LICENCE
MAJEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.*

Date et signature du sportif.