



FICHE D'INSCRIPTION

Cette fiche d'inscription doit **OBLIGATOIREMENT** être rendu signés et entièrement remplie avec :

- Un certificat médical de « **non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et martiales** » / Le **paiement** lié à l'abonnement choisi / Le règlement intérieur signé

**POUR LES ANCIENS ELEVES MERCI DE VERIFIER ET DE RE SIGNER VOTRE ANCIEN DOSSIER
AVEC DATE A JOUR**

VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Pratiquant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Tel. :

Email :

Adresse :

Responsable légal

Si le pratiquant inscrit ci-dessus est mineur, veuillez indiquer les informations du responsable légal

Nom :

Prénom :

Tel. :

Email :

Tel. :

LE CHOIX DES COURS POUR 2025-2026

Je soussigné..... m'inscris ou inscris mon enfant au cours de
Bushido ci-dessous, pour l'année 2025-2026 (voir calendrier pour plus de détails) :

☐ **Bushido Enfants : 140€**

Bushido 15 + :

Bushido 12+ :

☐ - 1 cours/semaine : 200 €

☐ - 2 cours/semaine : 230 €

☐ - 1 cours/semaine : 200 €

☐ - 2 cours/semaine : 230 €

Bushido Adultes :

☐ - 1 cours/semaine : 200 €

☐ **Bushido Eveil : 100 €**

Possibilité d'échelonner le paiement (x10). Si plusieurs adhérents d'un même foyer, une remise de 20 € s'applique à partir de la deuxième personne.

N.B. : L'échelonnage du paiement n'ai pas une abonnement mensuel, la somme totale est due, même en cas d'arrêt des cours

VOS INFORMATIONS SANTE

A NE REMPLIR QU'UNE FOIS PAR AN

Avez-vous des douleurs :

Allergies alimentaires et autres :

Victimes d'accident graves :

N'hésitez pas à communiquer toute information utile afin de pratiquer sans danger :

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

A NE REMPLIR QU'UNE FOIS PAR AN

Nom de l'enfant _____

Si, en tout temps, en raison d'une blessure ou d'une maladie soudaine, mon enfant doit recevoir un traitement, j'autorise l'Ecole Bushido et son représentant légal Ravit Matthieu à prendre les mesures d'urgence qu'il juge nécessaires pour le protéger pendant qu'il est sous sa garde.

Je comprends qu'il devra peut-être téléphoner à un médecin, interpréter et exécuter ses directives et transporter mon enfant à l'hôpital ou au cabinet d'un médecin, peut-être même en ambulance.

Dans la mesure du possible, il sera transporté à l'hôpital (Nom + adresse) :

et le médecin traitant à contacter est le suivant (nom + adresse du médecin) :

Je comprends que l'Ecole Bushido via son représentant légal peut prendre ces mesures avant de communiquer avec moi.

DATE + SIGNATURE

L'Ecole Bushido, dans le cadre de sa communication générale, sera amené à différentes prises de vue de vos enfants.

Ces prises de vues seront utilisées pour promouvoir **L'Ecole Bushido** sur l'année 2025-2026.

Les prises de vues auront lieu dans la salle d'activité : 69 allée des ailes 03200 Vichy, mais également dans tous les lieux (publics ou privés) où les jeunes seront amenés à aller pour la bonne réalisation des séances.

1. L'Ecole Bushido (**le Cessionnaire**) et son représentant « Matthieu Ravit » (SIRET : 81313691800048 Adresse : Lieu-dit Les petits Guinards 03260 Saint Germain des fossés. Matthieu@ecolebushido.fr / 06 95 46 04 13) utilisera les prises de vues pour promouvoir son activité. Les champs d'utilisation seront explicités plus bas.
2. Les parents du mineur concerné (**le Cédant**) :
☐ Parents.....Adresse :
Téléphone : Email :
3. **Le mineur concerné** :

J'autorise et consens la publication des images et du son de mon enfant sur **tous les supports et canaux choisis par l'Ecole Bushido** pour un nombre illimité d'utilisations, dans un but de communication.

Je, soussigné(e).....représentant légal de..... (**le Cédant**), consens à la prise d'images fixes et en mouvement ainsi qu' à la prise de son de mon enfant. J'autorise le **Cessionnaire** (L'Ecole Bushido) à fixer, enregistrer et reproduire l'image de mon enfant sur tous les moyens audiovisuels possibles.

Je cède le droit à l'image à l'Ecole Bushido et son représentant légal de manière gratuite et consciente.

J'autorise la diffusion libre des images fixes et en mouvement à destination du grand public. Les images fixes ou en mouvement pourront être diffusées sur le territoire national français ainsi qu'à l'international.

Il est interdit au Cessionnaire (Ecole Bushido) de céder les droits visés dans le présent contrat à qui que ce soit, sans autorisation préalable, expresse et écrite. Le Cessionnaire est tenu de s'abstenir à concevoir tout montage qui présenterait le Cédant dans une situation déshonorante ou dévalorisante pour lui.

J'autorise un visa d'exploitation de 10 ans sur tous les canaux de diffusion explicités plus haut et cède mon droit à l'image pour une durée de 10 ans.

Au-delà des 10 ans, un courrier avec accusé de réception devra être envoyé : (Ecole Bushido LD les petits guinards 03260 Saint Germain des Fossés) pour signifier son souhait de ne plus consentir à l'exploitation des images prises.

Fait à

Le mineur

Les parents / Représentant légal



FICHE D'ENGAGEMENT

A NE REMPLIR QU'UNE FOIS PAR AN

ECOLE BUSHIDO

BUSHIDO : - La voie du Samouraï - ou - La voie de celui qui amène la paix par la connaissance et la pratique des arts martiaux -. Comme un samouraï, vous apprendrez des techniques de combats afin d'évoluer autant au sein de cette pratique que dans votre vie.

EN T'INSCRIVANT A L'ECOLE BUSHIDO AUCUNE VIOLENCE VERBALE ET/OU PHYSIQUE NE SERA TOLEREE.

L'ABSENTEISME NON JUSTIFIE NE SERA PAS TOLERE.

LE - CODE BUSHIDO - DEVRA ETRE RESPECTE A L'INTERIEUR COMME A L'EXTERIEUR DU DOJO.

ENGAGEMENT

Dans un texte libre ci-dessous indique tout élément que tu trouves important pour exprimer **tes attentes et tes motivations** sur le « pourquoi » tu souhaites t'engager dans la voie du samouraï. Le texte doit être signé.

Signature

Code de l' Ecole Bushido

Ceci est un « chemin » (DO en japonais) où chacun doit faire son expérience pour le comprendre. Comprendre que nos erreurs sont des cadeaux qui nous font grandir. C'est un combat long et difficile contre soi-même, pour « Être » tout simplement.

Respect :

Savoir se respecter et respecter les autres

Confiance :

Avoir confiance en soi et en la vie pour « Être »

Engagement :

Mettre un sens à sa parole donnée

Patience :

Persévérer dans le chemin qui est long et difficile

Liberté :

Être sincère face à ses choix

Détachement :

Comprendre ses émotions et s'en libérer

Partage :

Partager nos expériences pour améliorer la compréhension du sens de la vie



FICHE SANITAIRE

DOCUMENT CONFIDENTIEL

A NE REMPLIR QU'UNE FOIS PAR AN

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

1-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé**, si oui préciser ☐ oui ☐ non

.....
.....
.....
.....

2-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, Difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....
.....

3-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :
.....

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

REGLEMENT INTERIEUR

Cet ensemble de règles permettra à tous les pratiquant(e)s de pouvoir s'épanouir. Créer une base solide qui permettra un « vivre ensemble » idéale pour pratiquer le Bushido dans le dojo et dans sa vie.

LIEU ET HORAIRES

Adresse : Salle d'activité Collège Jules Ferry, 69 allée des Ailes Vichy.

Horaires : Se référé au planning. Pour toutes modifications l'Ecole Bushido préviendra ses pratiquants 48h à l'avance.

GENERAL

Arriver à l'heure au cours ainsi qu'à tout autre rendez-vous mise en place au long de l'année.

Respecter les autres dans toutes situations et circonstances

Toute absence vaudra exclusion (sauf justifiée)

Deux séances d'essais possible avant inscription

Les ongles des orteils et des doigts devront toujours être coupés court afin d'éviter les blessures.

Les bijoux (bracelets, colliers, bagues, boucles d'oreilles...) seront interdits afin d'éviter des blessures.

DOJO

Respecter le Code Bushido

Avoir sa tenue et son équipement toujours propre

Être pieds nus sur le tatami

Entretenir et maintenir la propreté du dojo

Avoir son matériel de protection (Casque, gants, protège Tibia/pied...)

Prendre soin du matériel

A L'EXTERIEUR

AUCUN combat à l'extérieur du dojo

Absentéisme non justifié à l'école vaudra exclusion (sauf exception) pour tout pratiquant ayant au moins 1 an d'ancienneté

ADMINISTRATIF

Avoir fourni son certificat médical, sa fiche d'inscription ainsi que sa fiche sanitaire pour accéder au cours

Payer sa cotisation au maximum le 1^{er} premier mois (annualisation) pour accéder au cours

Tout manquement au règlement se verra appliquer une sanction