**Association Canadienne de Karaté**

**Canadian Karate Association**

Application for individual members (PRINT)/ Enregistrement pour membre (LETTRES MOULÉES)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom/Name : | Genre/Gender :M F |
| Adresse/Address : | Code postale/Postal code : |
| E-mail : | Telephone : |
| Nom de l’nstructeur/Instructor’s name : | Niveau/Level : |

The payment is made to the attention of the “Canadian Karate Association”. Identify on your cheque for what you are paying. The fee covers the Karate Passport, insurance, provides discounts for clinics, and pays for guest instructors. A fee of $45 will be charged for all non-funded or refused cheques. No refunds will be made. **Belt Certification Dates / Date de diplôme:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6e Kyu(white) :** | **Shodan :** | **Shichidan :** |
| **5e Kyu(Yellow) :** | **Nidan :** | **Hachidan :** |
| **4e Kyu(Orange) :** | **Sandan :** | **Kudan :** |
| **3e Kyu(Green) :** | **Yodan :** | **Judan :** |
| **2e Kyu(Blue) :** | **Godan :** | **Others :** |
| **1e Kyu(Brown) :** |  |  |

Si vous avez d’autres certifications, identifier au bas./ If you have other certifications, please detail at the buttom.

|  |
| --- |
| **Informations médicale/Medial informations (cocher/check)** |
| **A** | Avez-vous un désordre visuel? /Do you suffer any visual disorders? |  | **H** | Souffrez-vous de faiblesses musculaires? /Do you suffer from any muscle weakness? |  |
| **B** | Avez-vous un désordre auditif? / Do you have any hearing problems? |  | **I** | Souffrez-vous de diabète? / Do you have diabetes? |  |
| **C** | Souffrez-vous de perte de connaissance? /Do you have any fainting problems? |  | **J** | Souffrez-vous d’infection contagieuse de la peau? /Do you have any contagious skin disorders? |  |
| **D** | Souffrez-vous d’épilepsie? /Do you have epilepsy? |  | **K** | Avez-vous eu une intervention chirurgicale dernièrement? / Have you had any major surgical interventions lately? |  |
| **E** | Avez-vous des problèmes neurologiques? /Do you have any neurologic disorders? |  | **L** | Avez-vous des problèmes respiratoires? /Do you have any breathing disorders? |  |
| **F** | Avez-vous de problèmes rénaux? /Do you suffer from any kidney disorders? |  | **M** | Souffrez-vous d’allergie intense et avez-vous besoin d’injection spécifique? / Do you have any severe allergies and carry an epipen? |  |
| **G** | Avez-vous des limitations physiques imporantes? / Do you have any severe physical limitations? |  | **N** | Avez-vous d’autres conditions que celles énumérées? / Do you have any other conditions or illness than those mentioned?  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SIGNATURE: DATE: INSTRUCTEUR: DATE:**