



# FICHE D'INSCRIPTION 2025 – 2026

|                    | Date | Règlement(s) |
|--------------------|------|--------------|
| Inscription        |      |              |
| Certificat Médical |      |              |
| Demande de licence |      |              |

Cadre réservé à Dieulefit Aïkido (ne rien y inscrire)

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : M / F

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. Domicile : ..... autre : .....

Courriel (@) : .....

Grade (Kyu / Dan) : .....

Séquelles de blessures ou autres difficultés à signaler :

.....

- \* J'autorise le club à diffuser ma photo sur le site de Dieulefit Aïkido et dans la presse : ☐ OUI ☐ NON
- \* Règlements à l'ordre de Dieulefit Aïkido (si plusieurs chèques, mettre dates d'encaissement au dos)

- ✶ **Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.**  
**(le règlement ainsi que toutes les infos et docs se trouvent sur notre site [dieulefit-aikido .fr](https://www.dieulefit-aikido.fr))**

Pour tous, écrire en toute lettre « **LU et APPROUVE** », dater et signer

➤ **ET EN PLUS POUR LES MINEUR(E)S ; Noms et prénoms des deux parents :**

.....

Éventuellement, adresse complémentaire : .....

Nom de(s) la personne(s) autorisée(s) : .....

Autorisations : Je, soussigné(e), .....

- 1 Autorise mon enfant à pratiquer l'AIKIDO et à ce titre à participer aux déplacements, stages organisés dans le cadre du calendrier officiel des Fédérations, Liges, Comités Départementaux et Associations Déclarées, ainsi qu'aux cours de l'année sportive considérée.
- 2 Autorise le responsable de l'accompagnement et/ou du séjour à :
  - ~ Faire soigner mon enfant
  - ~ Faire pratiquer toute intervention chirurgicale prescrite par le corps médical consulté et dans ce but
  - ~ Faire procéder éventuellement à une anesthésie générale.
  - ~ M'engage à rembourser le club des frais médicaux qu'il serait tenu d'engager à cette occasion.
- 3 Autorise le club à diffuser la photo de mon enfant sur le site du club et dans la presse : ☐ OUI ☐ NON

Ecrire en toute lettre « **LU et APPROUVE** », dater et signer

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEURS

exigé pour l'établissement ou le renouvellement  
d'une licence sportive

Cher pratiquant, chère pratiquante,

Vous souhaitez pratiquer l'Aïkido, l'Aïkibudo, le Kinomichi ou le Wanomichi

Pour obtenir votre licence fédérale, vous devez être considéré(e) comme physiquement apte à la pratique de votre discipline.

Le décret du 7 mai 2021 permet de demander une licence fédérale pour les – 18 ans en remplissant un questionnaire médical. Toutefois, il est recommandé en cas de doute, de consulter son médecin pour l'établissement du Certificat d'Absence de Contre-Indications à la pratique de l'Aïkido, de l'Aïkibudo, du Kinomichi et du Wanomichi.

Lorsque vous souhaitez une licence ou son renouvellement, vous devez remplir le questionnaire de santé ci-dessous avec l'aide de vos parents.

Selon vos réponses au questionnaire, vous devrez fournir l'un des documents suivants pour obtenir votre licence :

- Attestation de renseignement du questionnaire
- Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'Aïkido, de l'Aïkibudo, du Kinomichi et du Wanomichi

« QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE 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 regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

|                                                                                                                                                                                                                         |                    |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Tu es une fille<br><input type="checkbox"/> un garçon                                                                                                                                          | Ton âge :      ans |     |
| Depuis l'année dernière                                                                                                                                                                                                 | OUI                | NON |
| 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 ?                                                                                                                                          |                    |     |
| Depuis un certain temps (plus de 2 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 ?                                                                                                                                                       |                    |     |
| Questions à faire remplir par tes 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 ?<br>(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.**

# ATTESTATION DE SANTÉ

FFAAA-2021-171-NDI-COMMEDICALE – PAGE 7/7

Annule et remplace l'édition du 26 mai 2020

Dans le cadre de la demande de licence auprès de la FFAAA, je soussigné-e atteste avoir rempli le Questionnaire de santé fixé par arrêté du Ministre chargé des Sports, (adultes : daté du 20 avril 2017 et publié au Journal officiel du 4 mai 2017 ; enfants : daté du 7 mai 2021 et publié au Journal officiel du 8 mai 2021)

Dans le respect du secret médical, je conserve ledit questionnaire strictement personnel et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport,

☐ J'ai répondu NON à la totalité des rubriques du questionnaire.

⇒ Dans ce cas, je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence.

☐ J'ai répondu OUI à l'une ou à plusieurs rubriques du questionnaire.

⇒ Dans ce cas, je suis informé-e que je dois produire à mon club un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique.

NOM et prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature :



Agrément N°75 S 273, Arrêté Ministériel du 7 octobre 1985

Membre de l'Union des Fédérations d'Aïkido - Membre pour la France de la Fédération Internationale d'Aïkido

# DEMANDE DE LICENCE FÉDÉRALE

➤ A remettre au club

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                |                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>TARIF LICENCE</b><br><input type="checkbox"/> 38 € (adultes)<br><input type="checkbox"/> 26 € (enfant né-e après le 01.09.2012)<br><input type="checkbox"/> 21 € (étranger)<br><input type="checkbox"/> 21 € (sport santé) <b>dans club référencé</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Première licence<br><input type="checkbox"/> Renouvellement de licence FFAAA<br>N° de licence : _____ | <b>CLUB</b><br>Nom du club : _____<br>Numéro de club : _____ |
| <b>INFORMATIONS PERSONNELLES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                              |
| Date de naissance* : ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                              |
| Sexe* : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |                                                              |
| Nom* : _____ Prénom* : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                              |
| Adresse* : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                              |
| Code Postal* : ____/____/____/____ Ville* : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |                                                              |
| Tél. : ____/____/____/____/____/____/____/____ E-mail : _____@_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                |                                                              |
| <b>CERTIFICAT MÉDICAL d'absence de contre-indication à la pratique du sport (Cocher la case qui vous concerne)</b><br><input type="checkbox"/> <b>Certificat médical</b> fourni au club pour les majeurs uniquement.<br><input type="checkbox"/> <b>Attestation</b> à fournir au club, <b>suite à la réponse</b> par la négative à toutes les questions <b>de l'auto-questionnaire santé</b> .<br><input type="checkbox"/> <b>Licence administrative</b> (pas de pratique des disciplines fédérales) – <b>sans certificat médical</b> .<br><b>* Pour les mineurs plus de certificat médical, remplir obligatoirement le questionnaire de santé par le représentant-e légal-e</b>                                       |                                                                                                                                |                                                              |
| <b>ASSURANCE - OPTIONS DE GARANTIE (Voir tableau des garanties au verso) *</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                                              |
| Le/La licencié-e déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurance obligatoires et facultatives qui lui sont proposées.<br><br>La souscription des <b>options d'assurance</b> est soumise à des <b>limites d'âge</b> : le/la bénéficiaire doit avoir au moins 16 ans à la date de l'événement assuré (accident) ; pour les bénéficiaires âgé-e-s de 70 ans ou plus à la date de l'événement assuré, le montant du capital prévu en cas d'invalidité permanente ou de décès est limité aux garanties de base (cf. tableau au verso).<br><br><input type="checkbox"/> Option 1 : soit 11 € <input type="checkbox"/> Option 2 : soit 15 € <input type="checkbox"/> Le/La licencié-e déclare refuser les options. |                                                                                                                                |                                                              |
| <b>Le formulaire de souscription est à télécharger dans « mon espace FFAAA – onglet Licence » puis à retourner signé avec le chèque à l'ordre de la FFAAA: FFAAA, 11 rue Jules Vallès, 75011 Paris.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                |                                                              |
| Date et signature du licencié-e ou de son représentant légal pour les mineur-e-s* : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                              |

## À REMPLIR PAR LE/LA LICENCIÉ-E

\* ☐ Je reconnais avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive et avoir été informé et pris connaissance des garanties d'assurances ci-dessous proposées avec la licence.

\* ☐ Je reconnais avoir pris connaissance du paragraphe relatif à la protection des données personnelles figurant au dos de ce formulaire.

\* ☐ **Je vais avoir un rôle d'encadrant, de bénévole, d'administrateur ou d'enseignant cette saison.** 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. A ce titre, j'accepte que les éléments constitutifs de mon identité figurant sur la présente demande soient transmis par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué. J'ai compris l'objet de ce contrôle.

**\* Champs obligatoires**



**réinventons / notre métier**

La FFAAA attire l'attention du licencié sur les risques d'accidents corporels que peut occasionner la pratique de son sport  
La FFAAA conseille au licencié la souscription des garanties complémentaires ci-dessous proposées par Axa  
Les garanties ci-dessous s'entendent par sinistre et par assuré et l'engagement de l'assureur ne peut excéder la somme de 1.525.000 € pour l'ensemble des dommages consécutifs à un même événement quel que soit le nombre des victimes

| NATURE DES GARANTIES                                                                                                                  | LIMITES DES GARANTIES                                                                          | FRANCHISE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Décès</b>                                                                                                                          | Garantie de base : <b>7 500 €</b><br>Option 1 : <b>30 000 €</b><br>Option 2 : <b>45 000 €</b>  | Néant     |
| <b>Invalidité Permanente inférieure à 60%</b>                                                                                         | Garantie de base : <b>20 000 €</b><br>Option 1 : <b>30 000 €</b><br>Option 2 : <b>50.000 €</b> | Néant     |
| <b>Invalidité Permanente supérieure ou égale à 60%</b>                                                                                | Garantie de base : <b>30 000 €</b><br>Option 1 : <b>50 000 €</b><br>Option 2 : <b>70.000 €</b> | Néant     |
| <b>Incapacité Temporaire ou Indemnités Journalières (IJ)</b><br>Pendant 365 jours maximum                                             | Option 1 : <b>25 € / jour</b><br>Option 2 : <b>45 € / jour</b>                                 | 4 jours   |
| <b>Traitement médical</b><br>(dont forfait hospitalier)<br><u>Sous déduction du régime de base et de la complémentaire éventuelle</u> | <b>20.000 €</b>                                                                                | Néant     |
| <b>Frais et soins de prothèses :</b><br>.. Dentaires et orthodontiques<br>.. Auditifs, Orthopédiques                                  | <b>600 €</b>                                                                                   | Néant     |
| <b>Frais d'optique</b> (monture et verres ou lentilles)                                                                               | <b>600 €</b>                                                                                   | Néant     |
| <b>Frais de transport</b>                                                                                                             | <b>450 €</b>                                                                                   | Néant     |
| <b>Frais de rapatriement</b>                                                                                                          | <b>2.000 €</b>                                                                                 | Néant     |
| <b>Aide pédagogique à domicile</b><br>.. Par jour scolaire d'absence à partir du 31 <sup>er</sup> jour continu d'absence              | <b>50 €</b><br>Avec maximum de <b>2000 €</b>                                                   | 30 jours  |

AGENCE NERESTAN – 6 Cours Goudouli 31130 Quint-Fonsegrives – 05 61 200 500 – Jean-Philippe NERESTAN N°Orias 07013491 Laurent NERESTAN N°Orias 07008987

**L'Assistance à l'étranger :** la garantie intervient après appel au 01.55.92.27.67 en précisant FFAAA et le numéro de police 5005058.

**La part individuelle accident** du contrat d'assurance (0,78 €) de la Fédération n'est pas obligatoire. En cas de refus, tout-e licencié-e devra justifier d'une couverture auprès de la compagnie de son choix.

L'attention des adhérent-e-s est attirée sur le fait que les garanties, offertes par le contrat d'assurance de groupe souscrit par la FFAAA en cas d'accident corporel, revêtent un caractère forfaitaire et limité, même dans l'option la plus étendue, et non un caractère indemnitaire ; les adhérent-e-s qui souhaitent bénéficier d'une garantie intégrale de leurs dommages sont invité-e-s à souscrire une assurance personnelle couvrant les accidents survenant au cours de la pratique sportive.

### PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles transmises par ce formulaire seront transmises à la FFAAA par le club et feront l'objet d'un traitement fondé sur les intérêts légitimes poursuivis par la Fédération, ayant pour finalité : la gestion de ses licences, des grades et formations continues et diplômantes, la gestion des assurances et options, l'établissement de statistiques, la communication envers ses licencié-e-s. Ces informations issues d'une source tierce sont nécessaires au bon fonctionnement fédéral.

Les réponses aux questions suivies d'un astérisque sont obligatoires, l'absence de réponse est susceptible de compromettre le bon suivi de votre dossier d'inscription.

Ces informations sont à destination exclusive des services de communication, de formation, de gestion des licences, de statistiques, de gestion des grades (UFA), de gestion de l'assureur AXA et des services publics dans le cadre de demandes de subventions.

Elles seront conservées pendant 11 ans après la dernière prise de licence conformément aux obligations légales en vigueur.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également disposer de droits complémentaires prévus par la législation nationale, tels que la définition de directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Pour exercer vos droits RGPD, merci de vous adresser par courrier à : FFAAA, Référent Informatique et Liberté, 11, rue Jules Vallès, 75011 Paris ou par mail à ffaaa@aikido.com.fr. Merci de joindre la copie d'une pièce d'identité. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous avez de plus la possibilité d'adresser une plainte auprès de la CNIL si votre demande de droit n'est pas effective dans un délai d'un mois.

# DIEULEFIT AIKIDO

est une association régie par la loi 1901, affiliée à la fédération française d'Aïkido, Aïki-Budo et Affinitaires (FFAAA) au sein de la ligue Auvergne-Rhône-Alpes.

**Dieulefit Aïkido** propose chaque année des interclubs, des stages avec des professeurs invités, des démonstrations.

Le club a pour vocation d'ouvrir son dojo aux pratiquants des autres clubs, dans le but de partager cette discipline avec le plus grand nombre et d'élargir ainsi l'expérience de chacun conformément à l'esprit de l'aïkido. Il offre également les 2 premiers cours d'essais à chaque nouvel arrivant.

**Siège social et adresse postale :**  
**« Dieulefit Aïkido »**  
**5 chemin des Demoiselles**  
**26220 Dieulefit**

**La licence est l'assurance obligatoire.**  
**Elle permet de suivre des cours et stages partout en France.**

Le passeport sportif est facultatif (10€) et suit l'aïkidoka sur son parcours (clubs, enseignants, stages, passages de grades ...).

Les passages de grades (5<sup>ème</sup> au 1<sup>er</sup> Kyu) se déroulent au sein du club, ils sont facultatifs. Ils sont matérialisés non par une ceinture de couleur, mais par un diplôme. Lors de l'examen du 1<sup>er</sup> Dan, le pratiquant deviendra ceinture noire. Elle n'est pas une fin en soi, puisque 1<sup>er</sup> Dan signifie en japonais «premier pallier »...

## L'ENSEIGNEMENT

*Les cours sont dispensés par 3 professeurs:*

**Antoine Cuche** 2<sup>ème</sup> Dan, Brevet Fédéral  
pour les cours adultes le lundi et le cours "jeunes samourais" le mercredi

**Jean-Luc Corpet** 4<sup>ème</sup> Dan, Brevet d'État,  
pour les cours adultes le mercredi

**Jean-Denis Roch** 3<sup>ème</sup> Dan, Brevet Fédéral,  
pour le cours du vendredi  
Ados-adultes et adultes

### POUR TOUS

- ~ Réduction de 20% sur la 2<sup>ème</sup> inscription par famille (\*).
- ~ Réduction de 50% sur la 3<sup>ème</sup> (et +) inscription par famille (\*).
- ~ Apporter un kimono blanc (judo ou karaté), une ceinture blanche et des nu-pieds.

♦ Renseignements réductions :  
ANCV / Top Dép'Art / Pass'Sport /  
Pass' Région / Up sort et loisir /  
personne en difficulté financière  
➢ Contacter le secrétaire du club  
Nicolas Gilson au : 06 98 45 17 87

(\*) *Sur la cotisation (la moins chère),  
puis ajouter la licence*

**Certificat médical ou attestation santé  
obligatoire**

Dans l'esprit d'échange et de partage, les licenciés de **tous les clubs** sont bienvenus au dojo de Dieulefit !

# DIEULEFIT AÏKIDO

## 2025-2026



**DOJO > GYMNASSE LE JUNCHER**  
**Vieille route - 26220 DIEULEFIT**

### CONTACTS :

**Philippe MESNARD** 06 78 01 59 39  
**Jean-Denis ROCH** 06 20 12 74 54  
**Nicolas GILSON** 06 98 45 17 87

Association Loi 1901 N° 0263013265  
FFAAA N° 13 26 07 02  
agrément DDJS N° 26 01 026  
SIRET N° 441 144 664 00014  
SIREN N° 441 144 664  
APE N° 926C

# L'AÏKIDO

**AÏ** Harmonie  
**KI** Energie vitale  
**DO** Chemin

L'Aïkido est un art martial japonais créé au début du siècle dernier par le maître

**Morihei UESHIBA (1883-1969).**

Ce grand réformateur a fait évoluer un art de guerre (martial) vers un art de paix : L'Aïkido ne vise pas à détruire un attaquant, mais à entrer en harmonie avec lui pour neutraliser l'attaque (immobilisation ou projection). En transformant l'opposition des forces dans leur union, le conflit deviendra communication. Il n'y a pas de compétition.

L'Aïkido se pratique à mains-nues (saisies, frappes, coupes) ou avec des armes d'entraînement en bois (sabre, bâton, couteau). Le travail des armes ne prétend pas former des spécialistes, mais permet de développer les notions de vigilance, de centrage, de temps et de distance.

Dynamique et harmonieux, l'Aïkido apporte dès le début plaisir et bien-être en nous assouplissant et nous solidifiant.

Concentration et écoute sont plus importantes que force musculaire ou souplesse articulaire, ce qui rend l'Aïkido accessible aux enfants, femmes et hommes de tous âges.

## Cours Enfants et Ados

Particulièrement pour les enfants, il est précieux de proposer une activité sans compétition.

Grâce à une pédagogie adaptée, les enfants peuvent pratiquer soit à main nue, soit avec des armes en bois.

L'Aïkido favorisera leur conscience du corps et le respect mutuel, la synchronisation de leurs gestes tout en extériorisant et canalisant l'énergie qu'ils ont en eux.

Les cours des 6-9 ans sont basés sur l'apprentissage par le jeu et des bases de l'aïkido.  
Le cours des 10-17 ans est d'avantage axé sur la rigueur des techniques.

### HORAIRES

- Jeunes samourais (6-9 ans) :  
le mercredi 18h30 - 19h30
- Grands samourais (10-17 ans) :  
le vendredi 19h00 - 20h00

### TARIFS

- Cours à l'année : 100€
- Cours pour 2 trimestres : 80€
- Cours pour 1 trimestre : 50€

#### Ajouter la licence annuelle :

- né après le 1/09/2012 26 €
- né avant le 1/09/2012 38 €

\*Chèque à l'ordre de Dieulefit Aïkido  
réductions sur tarifs, voir au dos.

## Cours Adultes

### HORAIRES

- Lundi 19h30 - 21h30
- Mercredi 20h - 21h30
- Vendredi 19h00 - 21h15

### TARIFS

#### Cours à l'année:

- Adultes 150€
- Demandeurs d'emploi, étudiants 120€

#### Cours pour deux trimestres:

- Adultes 110€
- Demandeurs d'emploi, étudiants 85€

#### Cours pour un trimestre:

- Adultes 70€
- Demandeurs d'emploi, étudiants 55€

Ajouter la licence annuelle: 38 €

\*Chèque à l'ordre de Dieulefit Aïkido



\* mail: [contact@dieulefit-aikido.fr](mailto:contact@dieulefit-aikido.fr)  
\* <http://www.dieulefit-aikido.fr>

