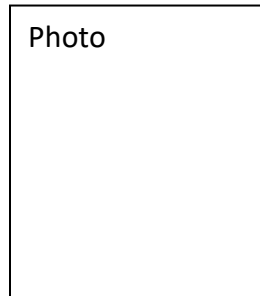




# Dossier d'inscription – section LOISIRS

## Saison 2023 – 2024

<b>Licencié(e)</b> (*) champs obligatoires à compléter			
Nom*		Adresse*	
Prénom*			
Date de Naissance*		Téléphone*	
Groupe		Mail*	
Mon C.E souhaite une facture au nom du: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Licencié			
N° Facture:		Expédiée le:	



<b>Personne à prévenir en cas de besoin</b> (*) champs obligatoires à compléter					
<input type="checkbox"/> Père	Mère	Autre : .....	<input type="checkbox"/> Père	Mère	Autre : .....
Nom*			Nom*		
Prénom*			Prénom*		
Téléphone*			Téléphone*		
Mail*			Mail*		
Profession			Profession		

<b>Médecin traitant</b> (*) champs obligatoires à compléter			
Nom*		Adresse*	
Téléphone*			
Allergie(s)*			

<b>Adhésion assurance complémentaire FSCF (conseillée)</b>		
<input type="checkbox"/> <b>OUI</b> et je déclare (nous déclarons) avoir pris connaissance de la notice d'informations téléchargeable sur <a href="http://www.fscf.asso.fr">www.fscf.asso.fr</a>	<input type="checkbox"/> <b>NON</b> et je déclare (nous déclarons) avoir été informé(s) et incité(s) par le club à souscrire cette assurance complémentaire au régime obligatoire.	
<input type="checkbox"/> mini (1,90€) <input type="checkbox"/> MIDI (3,75€) <input type="checkbox"/> MAXI (5,50€)	<input type="checkbox"/> Attestation de santé signée <input type="checkbox"/> Certificat médical si non répondu à au moins une question	
<b>Partie à remplir par le club</b>	Réceptionné le:        /        /	Cotisation: .....€ + Assurance : .....€
Nbre de Chèques: .....	Montant: .....€	<input type="checkbox"/> Encaissement en 1 X: Oct
Espèces	Montant: .....€	<input type="checkbox"/> Encaissement en 2 X: Oct-Janv
		<input type="checkbox"/> Encaissement en 3 X: Oct-Janv-Avril

Paiement en lien avec le dossier de : .....
---

Pour l'ensemble des groupes, la responsabilité du club envers la gymnaste est engagée uniquement pendant la durée de ses heures de cours. Le club se dégage de toute responsabilité en cas d'accident survenant sur le parking du gymnase avant et après les heures de cours et en dehors des locaux prévus pour les manifestations sportives organisées sous sa responsabilité.

- J'autorise (nous autorisons) le club à prendre en photo ou à filmer la gymnaste dans le cadre des activités du club et à utiliser ces photos (sans nom ni adresse) dans la presse.
- J'autorise (nous autorisons) le club à prendre en photo ou à filmer la gymnaste dans le cadre des activités du club et à utiliser ces photos (sans nom ni adresse) sur la page Facebook du club.
- J'autorise (nous autorisons) le club à prendre en photo ou à filmer la gymnaste dans le cadre des activités du club et à utiliser ces photos (sans nom ni adresse) sur le site Internet du club etc...
- J'autorise (nous autorisons) les entraîneurs (ou tout autre adulte responsable du club), à prendre le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaires par l'état de la gymnaste.
- J'autorise (nous autorisons) les entraîneurs à véhiculer la gymnaste lors des compétitions et les stages, en dehors du gymnase de Novalaise si nécessaire.
- Je déclare (nous déclarons) adhérer au règlement intérieur sans restriction (à disposition au bureau de l'association et sur le site Internet).
- Je m'engage à ce que la licenciée possède le justaucorps du club pour toutes manifestations ou compétitions le nécessitant (section compétition)
- Je certifie (nous certifions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A .....

Le: .....

Signature: .....

### **A JOINDRE A CE DOSSIER :**

- 1 photo d'identité récente (de moins d'un an), à coller sur ce dossier
- 1 règlement pour la cotisation :
  - o du montant suivant la catégorie (possibilité de faire plusieurs chèques).
  - o Inclure le montant de l'assurance complémentaire FSCF (si souscription).
- Médical : la signature du questionnaire de santé est obligatoire pour la participation aux cours et aux compétitions. En cas de réponse négative à au moins une question, un certificat médical doit obligatoirement être fourni.
- Attestation assurance individuelle (RC)



# Questionnaire de santé

## Saison 2023 – 2024

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé en cochant **OUI** ou par **NON**

Durant les douze derniers mois ...		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5	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 ?		
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>À CE JOUR :</b>			
7	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 ?		
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

(NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ)

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** vous n'avez pas de certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive à fournir. Complétez et signez cette attestation et retournez- la avec votre dossier.

### **ATTESTATION :**

Je soussigné(e) : Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Atteste sur l'honneur avoir répondu NON à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

**A répondu OUI à au moins une question et doit fournir un certificat médical** indiquant la non contre-indication à la pratique de la gymnastique.

Le: ..... A: ..... Signature du représentant légal: .....

