ROCHEFORT SUR LOIRE
"Les Cigales" Gymnastique

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2023 - 24

Votre photo d'identité

FICHE IDENTITE

NOM ET PRENOM :.....

Date de Naissance : ...../...../..... Profession : .....

Adresse :.....

CP :..... Ville : .....

📱 : .....

e-mail, @ : (obligatoire).....

COTISATIONS :

☐ RENFORCEMENT MUSCULAIRE : 140 **€**

☐ Pilates : **140 €**

REGLEMENT : (NBRE)..... **CHEQUES**

CHQ 1 : NUM.....(ENCAISSE EN SEPT)
CHQ 2 : NUM.....(ENCAISSE EN OCT)
CHQ 3 : NUM.....(ENCAISSE EN NOV)

chèques libellés à l'ordre « les Cigales Gymnastique ».

LA COTISATION DOIT ETRE REGLEE IMPERATIVEMENT PAR CHEQUE, PAS DE PAIEMENT EN ESPECES NI EN CHEQUE VACANCES.

INFORMATIONS MEDICALES :

En cas d'accident prévenir :.....

Mr ou Mme :.....N° Sécurité Sociale :.....

☎ :..... 📱 : .....

En cas de problèmes particuliers (allergies ...), veuillez les noter ci-dessous :

DOCUMENTS A FOURNIR :

☐ FICHE IDENTITE

☐ LA COTISATION

☐ INFORMATIONS MEDICALES

☐ CERTIFICAT MEDICAL* OU QUESTIONNAIRE DE SANTE

*Certificat obligatoire à compter du 1ier octobre

DOSSIER COMPLET A REMETTRE AVANT FIN JUIN A L'ENTRAINEUR OU LE 29/08/2023 A LA PERMANENCE POUR LES INSCRIPTIONS DE 19H00 A 20H00

UNE REUNION D'INFORMATION LE 18/09/2023 A 19H00

ROCHEFORT SUR LOIRE
"Les Cigales" Gymnastique

CERTIFICAT MEDICAL OU QUESTIONNAIRE DE SANTE :

❒ Votre certificat Médical date de plus de 3 ans ou vous êtes nouvel inscrit :

⇨ **Vous devez fournir un nouveau certificat daté de - 3 mois au 01/09/2023**

❒ Votre certificat Médical date de moins de 3 ans

⇨ **Compléter le questionnaire ci-dessous et compléter l'attestation**

Questionnaire de santé pour la pratique sportive 2023-2024

Nom, Prénom :…….

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR 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 inexpliquée ?		
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) ?		
À ce jour :		
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 nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

✂----------

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive

Je, soussigné, …….

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence pour la saison 2023-2024.

Atteste avoir répondu <u>NON</u> à toutes les questions.

Fait à……le……. Signature