



# ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



## FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024 - 25

### FICHE IDENTITE

NOM ET PRENOM : .....

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

Adresse : .....

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

: .....

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

### COTISATIONS :

- RENFORCEMENT MUSCULAIRE : 150 €
- Pilates adulte lundi : 150 €
- Pilates adulte mardi : 150 €

- Pilates senior débutant : 150 €
- Pilates senior intermédiaire : 150 €
- Stretching (sous réserve du nombre de participants) 150 €

En cas d'inscriptions multiples : -20€ sur la deuxième

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 1<sup>er</sup> octobre

DOSSIER COMPLET A REMETTRE AVANT FIN JUIN A L'ENTRAINEUR OU  
LE 28/06/2024 A LA PERMANENCE POUR LES INSCRIPTIONS DE 17H30 A 19H30  
OU LE 27/08/2024 DE 18H30 A 19H30

UNE REUNION D'INFORMATION LE 18/09/2024 A 20H00



# 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 01/09/2024**
- 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 2024-2025

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) ?		
<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 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 2024-2025.

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à.....le..... Signature