



ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024 - 25

IDENTITE

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

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

Adresse :

CP : Ville :

Nom-Prénom du Père : Profession :

:

e-mail, @ : (obligatoire)

Nom-Prénom de la Mère: Profession :

:

e-mail, @ : (obligatoire)

COTISATIONS :

Eveil (2019-2020) : 90 €

Petites Poussines (2017-2018) : 130 €

Grandes Poussines (2015-2016) : 145 €

Jeunesses et Aînées (avant 2014) : 150 €

En cas d'inscriptions de plusieurs enfants : -15€ pour 2 enfants / -20€ pour 3 enfants

REGLEMENT : (NBRE).....**CHEQUES** (inscrire au dos du chèque le nom, prénom et année de naissance de l'enfant(merci)

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.

DOCUMENTS A FOURNIR :

FICHE D'INSCRIPTION

LA COTISATION

PHOTO IDENTITE

INFORMATIONS MEDICALES

INFORMATIONS COMPETITIONS

REGLEMENT DU CLUB SIGNE

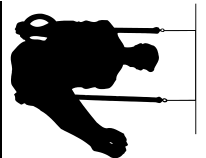
CERTIFICAT MEDICAL* OU QUESTIONNAIRE SANTE

*Certificat obligatoire à compter du 1^{er} 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



ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



INFORMATIONS MEDICALES :

En cas d'accident prévenir :

Mr ou Mme : N° Sécurité Sociale :

☎ : 📍 :

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

INFORMATIONS COMPETITIONS :

POUR TOUTES LES GYMS EVOLUANT DANS LES CATEGORIES SUIVANTES :
GRANDES POUSSINES - JEUNESSES - AINEES

JE FAIS PART DE MA VOLONTE OU NON DE FAIRE DES COMPETITIONS LA SAISON PROCHAINE.

ATTENTION !

- 1) SI JE COCHE LA CASE NON.
CELA VEUT DIRE QUE JE NE SOUHAINTE PAS FAIRE LES COMPETITIONS.
CETTE DECISION EST DEFINITIVE CAR MA LICENCE FEDERALE SERA EDITIONNE EN CONSEQUENCE.
- 2) SI JE COCHE LA CASE OUI
CELA VEUT DIRE QUE JE SUIS EVENTUELLEMENT SELECTIONNABLE PAR MON MONITEUR POUR FAIRE DES COMPETITIONS.

NOM :

PRENOM :

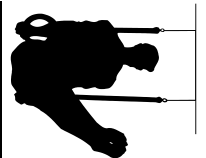
CATEGORIE :

Je m'engage à participer aux compétitions OUI NON

Signature :



ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



RÈGLEMENT DU CLUB

A L'ATTENTION DES PARENTS :

Madame, Monsieur :

Parent(s) de :

1. Autorise(nt) les moniteurs et les membres du bureau A PRENDRE TOUTES LES DISPOSITIONS NECESSAIRES EN CAS D'ACCIDENT.
 2. S'engage(nt) à CONDUIRE L'ENFANT AUX COMPETITIONS.
 3. S'engage à RENDRE LE JUSTAUCORPS, d'une valeur de 100 euros, dès la fin de la compétition.
 4. Reconnaît(aisent) AVOIR CONNAISSANCE DES GARANTIES DE L'ASSURANCE jointe à la licence (assurance affichée dans la salle de gymnastique)
 5. Admet(enti) que l'enfant est SOUS LA RESPONSABILITE DU CLUB SEULEMENT PENDANT LES HEURES D'ENTRAINEMENTS (ni avant ni après).
 6. Autorise(nt) le club A UTILISER LES PHOTOS de l'enfant prises lors des entraînements ou compétitions pour l'illustration des publications (calendrier, journaux ..).
- Oui Non

7. le club se dégage de toute responsabilité en cas de problème survenant en dehors de la salle de gymnastique (hall de la salle et parking).
8. S'engage à participer aux séances de ménage de la salle au cours de l'année

Info parents : Par mesure de sécurité, il est impératif que vous accompagniez votre enfant à

l'intérieur de la salle.
(la monitrice ou le moniteur peut avoir du retard et la salle peut être fermée . Un cours peut être annulé à la dernière minute.)

A L'ATTENTION DES GYMNASTES :

1. Pour faire de la gym (entraînements et compétitions), je suis en tenue correcte (*tenue de sport ou justaucorps, pas de bijoux, les cheveux attachés, avec des baskets pour l'extérieur et claquettes pour l'intérieur*)
2. Je me change dans les vestiaires et laisse les objets de valeur dans la boîte prévue à cet effet dans la salle.
3. Je respecte les horaires de début et de fin de cours.
4. Je viens à chaque entraînement (*pas seulement quand j'ai envie*).
5. Je dois respecter les autres.
6. Je dois respecter les adultes et les aides.
7. Je respecte le matériel.
8. Quand je m'engage à participer à une compétition, je ne dois pas me désister (sauf raison médicale) sous peine de payer l'inscription au concours.

A Rochefort-sur-Loire le :

Signature du parent (*précédée de la mention « lu et approuvé »*):

Signature du gymnaste :

A NOTER : UNE REUNION D'INFORMATION EST PROGRAMMEE

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 des mineurs 2024-2025

Nom, Prénom de la gym :

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 mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

| | | |
|--|---|--------------------------|
| | Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> | Ton âge : _____ ans |
| | Depuis l'année dernière | OUI NON |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | OUI NON |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveiller-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



| | | |
|--|---|--------------------------|
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peines-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Aujourd'hui | OUI NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Questions à faire remplir par tes parents | OUI NON |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

- **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. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération n que chacune des tranches du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Attestation santé pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive FSCF à un mineur pour l'année 2024-2025

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Représentant légal de l'enfant :

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