

# FICHE D'INSCRIPTION 2024 / 2025

**NOM :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**D. naissance :**        /        / \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Ville :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **Portable :** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

Pilates Julie      lundi 9:00 / 10:00	Cardio Julie      lundi 10:00/11:00	Yoga Julie      Lundi 11:00 / 12:00
Gym dét Marie      mardi 9:00 / 10:00	mardi 10:00 / 11:00	Qi-gong Yann      lundi 16:30 / 18:00
Stretching Christine      merc. 18:15 / 19:15		Qi-gong Caroline      mardi 14:00 / 15:30
Gym Dét Marie      vendredi 09:00 / 10:00		Qi-gong Patricia      mardi 18:00 / 19:30
Pilates Christine      vendredi 10:00 / 11:00		Randonnée
Pilates Melissa      Vendredi 17:00 / 18:00	Stretching Christine      vend. 11:00 / 12:00	Tir à l'arc

<b>TARIFS PAR COURS POUR LA SAISON</b>	Gym's	70 €	Stretching	70 €	Cardio	70 €	Qi-gong	90 €	Yoga	100 €
	Randonnée	50 €	Tir à l'arc	50 €	Sorties culturelles : adhésion à VL		40 €			

## ANNEXE 3 : Questionnaire de santé pour la pratique sportive en loisir des personnes majeures ou le renouvellement d'une licence sportive en compétition – (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

■ Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</b>		

- 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)

Partie à détacher



### Attestation santé pour la prise d'une licence sportive en loisir ou le renouvellement d'une licence sportive compétition FSCF pour l'année 2024-2025

Nom, prénom du licencié ..... Date de naissance : .....

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : .....

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À ..... le .....

Nom, prénom et signature du pratiquant