

INSCRIPTION SAISON 2025/2026



Coller Photo	GYM	NOM :
		PRENOM :
		Date de naissance :/...../.....
		Nationalité :

Coordonnées		Tél fixe	Tél mobile	Profession	E-mail
	Gymnaste				
	Père				
	Mère				
		Adresse (n°/rue /code postal/ ville)			
	Père				
	Mère				

Autorisations	<i>Autorise / n'autorise pas</i>	Mon enfant à quitter la salle seul après les cours : Si oui, je dégage l'association de toute responsabilité en cas d'accident.
	<i>Autorise / n'autorise pas</i>	Les responsables de l'association à prendre toutes les dispositions nécessaires à la santé de mon enfant en cas d'accident, lors des entraînements, compétitions et dans l'impossibilité de me joindre.
	<i>Autorise / n'autorise pas</i>	L'association à prendre des photos, à filmer, lors des compétitions, entraînements ou manifestations du club, puis à les utiliser pour sa propre communication.

Santé	Certificat Médical 2025 à fournir
	Je soussigné(e), responsable légal de..... Atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble du questionnaire de santé ci-dessous
	Le/...../..... Signature

Année de naissances	Horaires entraînements	Cotisation	Choix
Groupe Compétition Primaire	LUNDI de 17h à 18h30 au gymnase du lycée MERCREDI de 11h15 à 12h15 salle Grenette	249€ Ou 3x 83€	
Groupe Compétition Collège, Lycée	LUNDI de 17h à 18h30 au gymnase du lycée JEUDI de 17h à 18h30 gymnase du collège	255€ Ou 3x 85€	
Carte Pass'Région Coupon Sport Pass Sport Carte OKAY	N° N°	-30€	
		Total après réduction(s) :	

➡ **Nous avons le plaisir de vous informer de l'ouverture prochaine de notre boutique club, où vous retrouverez textile, bagagerie, goodies et bientôt des claquettes ! (veste obligatoire pour le groupe compétition)**

Questionnaire de Santé

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 ?	☐	☐
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)