



FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

1^{ère} demande

Renouvellement

Nom : Prénom :

Sexe : F H Date de Naissance :

Profession :

Adresse :

Code Postal :- Ville :

N° Téléphone Fixe Portable

Adresse Mail (lisible):

REGLEMENT INTERIEUR : Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur

DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné(e) autorise le club à utiliser mon image sur tout support dans le cadre de promotion des activités et à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial.

QUESTIONNAIRE DE SANTE : A remplir obligatoirement au verso de cette feuille

COURS : Débutant Novice Intermédiaire

COTISATION : Adulte 120 € Couple 210 €
- 18ans et Tarif Préférentiel (revenu inférieur à l'ASPA) 90 €

REGLEMENT : Espèces
Chèque Possibilité de régler en 2 ou 3 fois – Dernier délai fin décembre 2024

1^{er} chèque N° 2^{ème} chèque N° 3^{ème} chèque N°

Nom de la Banque :

FEDERATION : Notre club est affilié à la FFBA.

Pour l'adhérent mineur
Nom et prénom du représentant légal

Date et signature de l'adhérent majeur
ou du représentant légal

Au verso le questionnaire santé .../...

QUESTIONNAIRE DE SANTE

POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE auprès des TIAGS64 JURANÇON – Saison 2024-2025

NOM / PRENOM: _____

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON (mettre une croix)*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1 Un membre de votre famille est-il décédé 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)?		
A ce jour		
7 Ressentez-vous une douleur, un manqué de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu 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?		
<i>NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions	
Pas de certificate médical à fournir mais une Attestation ci-dessous à compléter J'atteste M _____ avoir répondu NON à toutes les questions ci-dessus	Date et signature

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions
Certificat médical à fournir.