

BULLETIN D'INSCRIPTION

Stages DECOUVERTE ou PERFECTIONNEMENT - ÉTÉ 2024

GYMNASTIQUE ARTISTIQUE (au Portique)

80 € / Semaine (repas du midi non compris, à prévoir)

Complétez le tableau en cochant :

| | | L | Ma | Me | J | V | Calculs | Total |
|-----|------------------|---|----|----|---|---|-------------------|-------|
| GYM | 8 au 12 juillet | | | | | | | |
| GYM | 15 au 19 juillet | | | | | | | |
| GYM | 19 au 23 août | | | | | | | |
| GYM | 26 au 30 août | | | | | | | |
| | | | | | | | à régler : | |

Nom & Prénom du participant :

Date de naissance Participant :

Nom + Prénom du responsable légal :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel : (Obligatoire pour vous joindre en cas d'urgence)

FORMALITE D'INSCRIPTIONS

Questionnaire Santé ou Certificat Médical

Attestation d'Assurances

Règlement : CHQ ESP AUTRES :

Je soussigné(e), M(me)..... certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur et des horaires de stage et m'engage à les respecter.

Signature du représentant légal :

ENGAGEMENT MEDICAL

J'autorise les responsables de l'ACR Gym à prendre toutes dispositions médicales et mesures d'urgence en cas de nécessité pour mon enfant.

Préciser les allergies éventuelles :

Autres précisions sur problèmes de santé éventuels (asthme, souffle au cœur, angoisse...) :

.....

Fait à : Le :, Signature :

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Durant les 12 derniers mois | | |
| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A 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 ? | <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"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i> | | |

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.