

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Stages DECOUVERTE ou PERFECTIONNEMENT - ÉTÉ 2024

### GYMNASTIQUE RYTHMIQUE (à St Marc)

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

Complétez le tableau en cochant :

		L	Ma	Me	J	V	Calculs	Total
GR	8 au 12 juillet							
GR	15 au 19 juillet							
GR	22 au 26 juillet							
GR	19 au 23 août							
GR	26 au 30 août							
							<b>à régler :</b>	

**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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A 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"/>
<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. Simplet atteste, 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.