

Saison 2024 / 2025

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

SECTION : GYM SENIOR

Aucune inscription ne sera validée sans dossier complet

Le dossier d'inscription sera à remettre lors de la permanence d'inscription qui aura lieu à la salle polyvalente Limorin, rue Janin à Replonges **le samedi 7 septembre 2024 de 10 h à 12 h**, accompagné des pièces suivantes :

Le dossier d'inscription complété

Montant de la cotisation **GYM SENIOR** pour la saison 2024/2025 : **150 €**

PAIEMENT : à déposer lors de la permanence qui aura lieu **samedi 7 septembre 2024 de 10h à 12h** salle Limorin.

- Par chèque bancaire à l'ordre de l'EGR (de préférence)
- Coupons sport ANCV

Au-delà de 2 cours d'essai aucune inscription ne sera remboursée

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM		Prénom		Date de naissance	
Adresse		Code postal		Ville	
Téléphone		Portable (de la personne à joindre en priorité / urgence)			
Adresse mail					

AUTORISATION MEDICALE

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **à :**

Adresse complète :

.....
.....

Numéro de Sécurité Sociale :

Adresse du centre de Sécurité Sociale :

.....

En cas d'accident, l'association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous communiquant vos numéros de téléphone

1 – N° téléphone personnel :

2 – Nom et N° de téléphone d'une personne à joindre en cas d'urgence :

.....

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE ET AUTORISATION DE SORTIE DU CENTRE HOSPITALIER

En cas d'urgence, un licencié accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie.

Je soussignée :

1 – Autorise mon anesthésie : au cas où je suis victime d'un accident et j'aurais à subir une intervention chirurgicale.

2 – Autorise ma sortie du centre hospitalier accompagné d'une personne majeure représentant l'association.

A

Signature

Le

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'encadrement et des services de secours :

.....

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (e) Né(e) le.....

Demeurant

Le cas échéant, Représentant légal de..... Né(e) le

Autorise / Refuse (*razer la mention inutile*) à L'Espoir Gymnique Replonges dont le siège social est Mairie, 01750 Replonges, Association Loi 1901 à utiliser des photos et vidéos à titre gratuit, dans le cadre de la promotion de ses activités.

Les photographies et vidéos pourront être exploitées et utilisées directement par l'EGR, sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, pour une durée de 99 ans, intégralement et par extrait et notamment:

- Presse
- Site web de l'EGR (www.espoirgymniquereplonges.sportsregions.fr)
- Affichage dans l'enceinte de la salle Spécialisée
- Page Facebook de l'association (www.facebook.com/EGR-Espoir-Gymnique-Replonges-114983101956487)
- Vente de DVD liée aux activités du club (Gala)

L'EGR s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies et vidéos susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies et vidéos de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable. L'EGR s'engage également à faire respecter le droit moral et à ce que les propos soient préservés.

Le participant bénéficie, d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données le concernant. Pour exercer ce droit, il doit s'adresser par mail à l'EGR, à l'adresse suivante :

- egreplonges@gmail.com

Fait à : , le

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUVELLEMENT
D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF – (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 inexplicée ?	<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"/>
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 ?	<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"/>
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)

Attestation santé pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive FSCF

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