




FICHE D'INSCRIPTION Cours collectifs Période 1 (septembre 2020-janvier 2021)

Informations personnelles

NOM : _____	Date de naissance : ____/____/____
Prénom : _____	Sexe : H <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/>
Lieu d'habitation : <input type="checkbox"/> Saint Chamond Quartier : _____	 <input type="checkbox"/> Hors Saint Chamond Ville : _____
Téléphone fixe : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____	  Mail : _____@_____

**Les informations sur les cours seront transmises uniquement par mail*

Personne à prévenir en cas d'accident (obligatoire)

NOM : _____	Téléphone : ____/____/____/____/____
Prénom : _____	

Cadre réservé à l'administration

Cours enfants : <input type="checkbox"/> <u>Niv'O 1</u> (découverte) <input type="checkbox"/> <u>Niv'O 2</u> (canard) <input type="checkbox"/> <u>Niv'O 3</u> (têtard)	Cours adultes : <input type="checkbox"/> <u>Natation</u> <input type="checkbox"/> <u>Aquagym</u> <input type="checkbox"/> <u>Aquabike 7 séances</u> <input type="checkbox"/> <u>Aquabike 14 séances</u>
Jour : _____	
Horaire : _____	

Pièces à remettre **obligatoirement** le jour de l'inscription

<input type="checkbox"/> Questionnaire de santé (OBLIGATOIRE)		
<input type="checkbox"/> Justificatif d'assurance responsabilité civile		
<input type="checkbox"/> Mode de règlement de la cotisation :	<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> CB	<input type="checkbox"/> Chèques vacances <input type="checkbox"/> Coupons sport

Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur des cours collectifs municipaux et m'engage à m'y conformer

Signature

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion.

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 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"/>
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 de l'adhérent</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplet attestez, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

Fait à : Date :

Signature :