



SAINT-CHAMOND

FICHE D'INSCRIPTION "SPORT ANIM"

2020-2021

Informations personnelles

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

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

Personne à prévenir en cas d'accident (obligatoire)

NOM : _____	Téléphone : ___/___/___/___/___
Prénom : _____	

Activité sportive

Etes-vous licencié dans une association sportive ?	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Activité pratiquée avec Sport'Anim en 2019-2020 ?	<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non
Si oui, laquelle ? : _____	Où ? : _____

Cadre réservé à l'administration

Activité validée : _____

Période (le cas échéant) : Période 1 : du 14 septembre au 28 novembre
 Période 2 : du 30 novembre au 13 mars
 Période 3 : du 15 mars au 19 juin

Pièces à remettre obligatoirement le jour de l'inscription

<input type="checkbox"/> Questionnaire de santé (OBLIGATOIRE)	
<input type="checkbox"/> Photo d'identité	
<input type="checkbox"/> Justificatif de lien avec la Ville : <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Certificat de scolarité d'un enfant	
<input type="checkbox"/> Justificatif d'assurance responsabilité civile :	
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 animations municipales 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 inexplicquée ?	<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. Simplement 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 :