

NOM :

PRENOMS :

Date de naissance :

Adresse :

☎ Téléphone Portable Mère :

☎ Téléphone Portable Père :

**Adresse e-mail** (en majuscules) :

Attestation CE

envoyée le :

**Personne à prévenir en cas d'urgence pendant les heures d'entraînement**

(Nom et n° Tél) :

Lien de parenté :

Questionnaire santé

Allergies ou problèmes de santé : si oui lesquels :

**Activité (s) souhaitée (s)**

	<b>Tarifs</b>
<input type="checkbox"/> Bébé Gym : jeudi 16h40 - 17h25 (petite section) au dojo	160 €
<input type="checkbox"/> Bébé Gym : jeudi 17h40 - 18h25 (moyenne section) au dojo	160 €
<input type="checkbox"/> Bébé Gym : lundi 18h00 - 18h45 (grande section) au gymnase	160 €
<input type="checkbox"/> Ecole de Gym : lundi : 16h30 à 18 h (scolarisés école primaire)	180 €
<input type="checkbox"/> Gym compétition : lundi 18 h à 20 h et vendredi 17 h 30 à 20 h	220 €

**Réductions :**

25 € sur le montant global pour 2 enfants de la même famille (frère/sœur/mère)

25 € pour 2 activités pratiquées par le même adhérent

30 € sur le montant global pour 3 enfants de la même famille (frère/sœur/mère)

**Majorations :**

15 € sur chaque cotisation pour les hors communes

**Divers :** pour les compétitions : justaucorps du club + chouchous obligatoires : tarif environ 90 € neuf selon taille ou d'occasion si disponibilité, veste du club 30 € (possibilité de prêt avec chèque de caution).

**Conditions de remboursement de la cotisation :**

Après les 2 cours d'essai (pour les nouveaux adhérents) **et au-delà du 30 septembre la cotisation reste due pour l'année entière**

Elle pourra être remboursée au prorata, sur décision du bureau, dans les cas suivants : déménagements, graves blessures.

**Informations :**

Lors des entraînements, par mesure de sécurité, les enfants ne doivent pas porter de bijoux, piercing et doivent avoir les cheveux attachés.

**Le Club décline toute responsabilité en cas de perte, vol, oubli d'objets personnels.**

**Pour le bon déroulement des entraînements, la présence des parents dans le gymnase ou au dojo n'est pas autorisée** (sauf pour l'activité Bébé Gym pour les plus petits).

**PRESENCE OBLIGATOIRE AUX COMPETITIONS** (si absence sur blessures, fournir un certificat médical impérativement afin de pouvoir faire la compétition suivante et de ne pas pénaliser l'équipe).  
**Seuls les dossiers complets seront acceptés (fiche inscription, cotisation) ; aucun enfant ne sera autorisé à s'entraîner sans avoir fourni le questionnaire de santé.**

**Je, soussigné(e) M, Mme (nom, prénom) :**

**Déclare sur l'honneur :**

**Avoir le plein exercice de la puissance paternelle, maternelle, ou exercer la tutelle, ou être investi du droit de garde, sur le mineur ci-dessus désigné (adhérent).**

- autorise en cas d'accident, le responsable présent à prendre toutes mesures utiles en la circonstance (appel d'un médecin, transport dans un établissement hospitalier...)
- avoir reçu une copie du règlement intérieur (consultable sur le site du club)
- autorise le club à utiliser les images et prises de vue vidéo, à faire figurer les photos d'équipes de l'ASPM "Gymnastique-Trampo" dans les pages du site internet de l'association [aspmgymtrampo.fr](http://aspmgymtrampo.fr) et dans les parutions de différents journaux.**  
L'association ne sera pas responsable des photos publiées personnellement sur d'autres sites.
- Avoir pris connaissance du contrat d'assurances souscrit par la section Gymnastique de l'A.S.P.M.,

**POUR LES LICENCIES (compétitions uniquement)**

- Avoir reçu un exemplaire de la notice " Devoir de Conseil et d'Information en matière d'Assurances " de l'UFOLEP et ou de la FFG pour les assurances souscrites auprès de la Mutuelle accident.
- Avoir été informé de l'intérêt de souscrire des garanties facultatives complémentaires.

**A Le Pian Médoc, le**

***(signature des parents ou du tuteur)***

NOM :

PRENOMS :

Date de naissance :

Adresse :

☎ Téléphone Portable Mère (pour mineurs) :

☎ Téléphone Portable Père (pour mineurs) :

☎ Téléphone Portable Adhérent :

☎ Téléphone Portable Conjoint (e) :

**Adresse e-mail** (en majuscules) :

Personne à prévenir en cas d'urgence pendant les heures d'entraînement  
(Nom et n° Tél) :

Lien de parenté :

Attestation CE envoyée le :

Allergies ou problèmes de santé : si oui lesquels :

**Activité (s) souhaitée (s)**

	<b>Tarifs</b>
<input type="checkbox"/> Latino kids (6 ans à 8 ans) : mercredi 17h30 à 18h15 8 enfants minimums	150 €
<input type="checkbox"/> Latino kids (9 ans et +) : mercredi 18h15 à 19h00	150 €
<input type="checkbox"/> Zumba adultes : mercredi 19h00 à 20h00 et lundi 19h00 à 20 h00	
<input type="checkbox"/> A l'année	160 €
<input type="checkbox"/> A la séance	30 € adhésion + 5 € par séance
<input type="checkbox"/> Renforcement musculaire : lundi et mercredi 20 h à 21 h	30 € si adhérent zumba
<input type="checkbox"/> Renforcement musculaire : lundi et mercredi 20 h à 21 h	60 € si non adhérent zumba

Pour le renforcement musculaire, le cours sera effectif s'il y a au moins 15 adhérents

**Réductions :**

- 25 € sur le montant global pour 2 enfants de la même famille (frère/sœur/mère)
- 30 € sur le montant global pour 3 enfants de la même famille (frère/sœur/mère)

### **Conditions de remboursement de la cotisation :**

Après les 2 cours d'essai (pour les nouveaux adhérents) **et au-delà du 30 septembre, la cotisation reste due pour l'année entière**

Elle pourra être remboursée au prorata, sur décision du bureau, dans les cas suivants : déménagements, graves blessures, changement d'horaires et lieux de pratique avec la nouvelle salle.

### **Informations :**

Lors des entrainements, par mesure de sécurité, les enfants ne doivent pas porter de bijoux, piercing et doivent avoir les cheveux attachés.

**Le Club décline toute responsabilité en cas de perte, vol, oubli d'objets personnels.**

**Pour le bon déroulement des entrainements, la présence des parents dans le gymnase n'est pas souhaitée.**

**Je, soussigné(e) M, Mme (nom, prénom) :**

- autorise en cas d'accident, le responsable présent à prendre toutes mesures utiles en la circonstance (appel d'un médecin, transport dans un établissement hospitalier...)
- avoir reçu une copie du règlement intérieur (disponible sur le site du club)
- autorise le club à utiliser les images et prises de vue vidéo, à faire figurer les photos d'équipes de l'ASPM "Gymnastique-Trampo" dans les pages du site internet de l'association [aspmgymtrampo.fr](http://aspmgymtrampo.fr) et dans les parutions de différents journaux.**  
L'association ne sera pas responsable des photos publiées personnellement sur d'autres sites.

### **Déclare sur l'honneur :**

**Avoir le plein exercice de la puissance paternelle, maternelle, ou exercer la tutelle, ou être investi du droit de garde, sur le mineur ci-dessus désigné.**

- J'ai pris connaissance que la Zumba Fitness est déconseillée pour les personnes ayant des problèmes cardiaques, articulaires.
- J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé

**A Le Pian Médoc, le**

***(signature des parents ou du tuteur)***

**Ou de la personne majeure pour la zumba**

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es ?  Une fille  Un garçon

Quel âge as-tu ?

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré (e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		

Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

## Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le.la licencié.e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

**VOUS ÊTES VICTIME OU TÉMOIN  
D'UNE VIOLENCE DANS LE SPORT**

Alertez-nous par e-mail [signal-sports@sports.gouv.fr](mailto:signal-sports@sports.gouv.fr)

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

**Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON**

*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

A ce jour	OUI	NON
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement 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.

### Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le licencié.e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

**VOUS ÊTES VICTIME OU TÉMOIN  
D'UNE VIOLENCE DANS LE SPORT**

Alertez-nous par e-mail [signal-sports@sports.gouv.fr](mailto:signal-sports@sports.gouv.fr)