

SPORT CULTURE LOISIRS FLEURY-POUILLY

FNSMR N° F57125

DEMANDE D'ADHESION 2024/2025

activités	Body sculpt 30€	Gym douce 30€	Pilates 35€	HathaYoga 55€	Zumba 45€	Yoga du rire 45€	Rire à tout âge 45€
1ère activité							
2 ^{ème} activité (-10€ par trim)							
3 ^{ème} activité (offerte)							

COCHEZ LES ACTIVITES CHOISIES

* NOM	* Prénom
Nom de Jeune Fille	
* Né (e) le	Nationalité
* Adresse :	
* tel portable :	tel fixe :
* mail :	

Licence FNSMR : 15 € + cotisation trimestrielle activités =

Montant du règlement :

Date

Signature

Certificat médical ou questionnaire de santé « QS-SPORT » obligatoires

Loi 25 Mai 2018 RGPD

Les données recueillies ci-dessus sont destinées exclusivement à l'**usage interne** de l'Association S.C.L. FLEURY-POUILLY. Il s'agit de l'établissement d'un fichier interne nous permettant de vous joindre par courrier, téléphone et courriel.

Autorisation d'utilisation d'image

Je soussigné

Autorise l'association S.C.L. FLEURY-POUILLY à utiliser et diffuser des photographies me représentant, dans le cadre de l'illustration de son matériel de promotion tel que flyers, affiches, bulletins communaux et sites internet des Mairies de FLEURY et POUILLY et de ladite association.

J'accepte de ce fait que l'association S.C.L. exploite ma propre image à des fins promotionnelles pour une durée illimitée dans le temps.

Lu et approuvé

Lieu et date

signature

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS (v.1)

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE A LA FNSMR HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES*

Après une longue période d'arrêt, il est conseillé de demander l'accord de votre médecin pour reprendre une activité sportive.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 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"/>
4) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée avant 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

VOUS AVEZ RÉPONDU "NON" à toutes les questions : veuillez remettre l'attestation ci-après à votre association lors de votre demande de licence (ne pas joindre le questionnaire de santé)

VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI" à au moins une des questions : veuillez consulter votre médecin pour qu'il vous examine et vous remette le cas échéant un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive

* **Discipline à contraintes particulières** : Alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie ; disciplines sportives pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur (à l'exception du modélisme automobile radioguidé) ; disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition (à l'exception de l'aéromodélisme) ; parachutisme ; rugby à XV, rugby à XIII et rugby à VII.

Pour la pratique de ces activités, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive est obligatoire tous les ans.



Attestation santé pour les majeurs (à remettre à son association)

Je soussigné M/Mme Prénom : Nom :
atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé pour les majeurs FNSMR et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature :