



USB GYMNASTIQUE



VOLONTAIRE

SAISON 2017/2018

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Téléphone Fixe ..... Portable : .....

Adresse Mail (bien lisible) : .....

Etiez-vous licencié de l'USB Gym Volontaire en 2016/2017 ?

oui non

**Droit à l'image** : Nous autorisez-vous à diffuser sur notre site ou autres supports, des photos sur lesquelles vous figurez ? oui non

**Constitution du dossier** : joindre à ce bulletin

- Un ou plusieurs chèques (3 max) à l'ordre USB Gym Volontaire
- Un certificat médical. *Si vous renouveler votre licence, merci de vous reporter à la page jointe. (arrêté du 20/04/2017).*

## Inscription

### Gym licence comprise :

Gym Tendance / Vitalité cours illimités ..... 95€

Gym Séniors cours illimités ..... 95€

### Option licence comprise :

Marche Nordique ..... 90€

### Option prise en complément de Gym :

Marche Nordique ..... 63.50€

**Total** ..... €

## Règlement

Espèces .....

1 chèque à l'ordre USB Gym Volontaire .....

..... chèques à l'ordre USB Gym Volontaire .....

(1<sup>er</sup> chèque étant encaissé à l'inscription, les 2 autres aux dates que vous aurez précisées au dos)

**Coupons Sport ANCV sont acceptés**

**Il vous est possible de souscrire une garantie complémentaire I.A.Sport+ pour bénéficier d'une protection plus élevée.**

Je renonce à la garantie I.A. Sport+

Je souscris à la garantie I.A. Sport+ Chèque indépendant de 10,65€ à l'ordre de FFEPGV

Date :

Signature :



## Questionnaire de santé

| REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.<br>DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :   | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?  | <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 du 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"/> |
| <b>A CE JOUR :</b>   |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>   |                          |                          |

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir. En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

### Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (Nom, prénom) ..... atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive ...../..... au club EPGV : ..... (Nom du club à compléter).

A ....., le .../.../...

Signature