



FICHE D'INSCRIPTION ADULTE

GYM FORM' DETENTE Saison 2019-2020

Seuls les dossiers complets sont acceptés

Mail : gymformdetentesps@gmail.com

 [GymForm'Détente Saint Pierre d'Albigny /](#)

Première inscription

Renouvellement d'inscription

| | | | |
|-----------|-------------|-----------------------|--|
| NOM : | | DATE DE NAISSANCE : | |
| PRENOM : | | TELEPHONE PORTABLE *: | |
| ADRESSE : | | | |
| | | | |
| MAIL *: | -----@----- | | |

* Votre mail et votre téléphone portable sont indispensables pour vous informer des éventuelles annulations de cours

ACTIVITE(S) CHOISIE(S) :

STEP

Mardi 18h30-19h15

RENFO

Mardi 19h15-20h15

Jeudi 18h30-19h15

ZUMBA

Mardi 20h15-21h15

CARDIO ATTACK

Jeudi 19h15-20h

COTISATION :

REDUCTION PASS REGION : -30€ sur la cotisation

| ACTIVITES | COUT | CHOIX | MONTANT |
|--|-------|-------|---------|
| Licence (individuelle et obligatoire) | 30€ | X | 30€ |
| 1 activité | 120€ | | |
| 2 activités | 140€ | | |
| 3 activités | 160€ | | |
| 4 activités | 180€ | | |
| TOTAL | | | |
| (Soit un coût de la séance entre 2€ et 4€) | | | |
| ASSURANCE (facultatif) Cf ci-après | 1,90€ | | |
| | 3,75€ | | |
| | 5,50€ | | |
| REDUCTION PASS REGION N° de PASS REGION : _____ | | | |
| MONTANT A REGLER | | | |

Je règle en Chèque n° des chèques : _____

Règlement à l'ordre de Saint Pierre Sport Gymnastique / Règlement en 4 fois possible

Espèces montant : _____ €

Chèques Vacances ou Coupons Sport montant : _____ €

Merci d'adresser vos demandes de factures à l'adresse suivante : spsgym73@gmail.com

En précisant le nom/prénom du bénéficiaire et en rappelant le montant de la cotisation

ASSURANCE INDIVIDUELLE:

Afin d'être en conformité avec la loi, les présidents d'association se doivent d'informer leurs licenciés de la nécessité de souscrire une assurance individuelle accident. Le fait, pour le responsable d'une association sportive, de ne pas souscrire les garanties d'assurances dans les conditions prévues à l'article L. 321-1 du code du sport est puni de six mois d'emprisonnement et d'une amende de 7500€. Les associations doivent pouvoir fournir la preuve de l'information faite aux licenciés sur ces questions.

Les licenciés qui ne souscrivent pas d'assurance individuelle accident ne sont pas couverts. Rappelons que les adhérents peuvent refuser de contracter une telle assurance.

Je déclare choisir d'adhérer à l'option (cf tableau des garanties ci-après)

MINI (1,90€)

MIDI (3,75€)

MAXI (5,50€)

Et déclare avoir pris connaissance de l'extrait de la notice fournie

Je rajoute ce montant au règlement de la cotisation

Je refuse d'adhérer au contrat mais j'atteste avoir été informé(e) et incité(e) par mon association à souscrire cette assurance complémentaire qui vient compléter mon régime obligatoire.

PIECES A FOURNIR:

2 photos d'identité

Règlement de la cotisation et/ou de l'assurance

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du Fitness Date : __/__/__

Ou

J'ai fourni un certificat médical en 2017-2018 ou en 2018-2019 et j'atteste sur l'honneur avoir répondu « NON » à toutes les questions du questionnaire de santé ci-après.

Date du dernier certificat : __/__/__

Copie recto/verso de la carte PASS REGION pour les lycéens

J'autorise / Je n'autorise pas la prise de vue et la publication d'images collectives me concernant sur différents supports (site internet du club...)

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur

A _____ Le _____

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les dispositions du code du sport relatives au certificat médical. Deux décrets, respectivement du 24 août 2016 et du 12 octobre 2016 sont venus compléter cette loi. **Cette nouvelle réglementation prévoit l'obligation d'un renouvellement du certificat médical uniquement tous les 3 ans.**

Pour les années intermédiaires et à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption dans la délivrance annuelle de la licence, le pratiquant est autorisé à présenter une attestation de santé sans avoir à produire un nouveau certificat médical.

Le licencié devra pour cela répondre à un questionnaire de santé qui lui permettra de ne pas présenter de certificat médical.

| Guide pour le renouvellement du Certificat Médical | | | | | | | |
|--|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|---------------------------|
| Saison | 2016-2017 | 2017-2018 | 2018-2019 | 2019-2020 | 2020-2021 | 2021-2022 | 2022-2023 |
| Document à fournir | Certificat médical | Attestation de santé | Attestation de santé | Certificat médical | Attestation de santé | Attestation de santé | Certificat médical |

MERCI DE REpondre 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"/> |

À 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"/> |

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

Vous avez répondu OUI à au moins une des questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical.

Vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.

REGLEMENT INTERIEUR

1. La commission GFD agit sous la responsabilité du bureau de l'association St Pierre Sport Gymnastique.
2. Les cours de la saison 2019-2020 commencent le jeudi 5 septembre et ont lieu toutes les semaines hors vacances scolaires.
3. Les membres de la commission GFD se réservent le droit :
 - de refuser les dossiers incomplets,
 - de limiter les inscriptions en fonction de la salle (superficie) et des activités,
 - d'effectuer des contrôles d'adhésion.
4. Les adhérents doivent être en possession de leur carte adhérent pour accéder aux cours
5. Les adhérents doivent avoir le matériel adéquat, à savoir baskets multisports propres, élastiques, tapis. Une serviette et une boisson sont recommandées.
6. Le club ne rembourse pas les cotisations en cas d'arrêt de participation aux cours sauf raisons médicales justifiées par certificat du médecin.
7. Il est demandé aux adhérents de veiller à respecter les règles de stationnement aux abords de la salle et notamment de ne pas s'arrêter même un court instant sur la place réservée aux personnes en situation de handicap, merci pour eux.
8. En cas de changements de programme en cours d'année indépendants de la volonté de l'association, la commission s'engage à rechercher des solutions visant à proposer des activités similaires à celles pour lesquelles les adhérents se sont inscrits. Dès lors aucune réclamation ne pourra être présentée pour obtenir un remboursement des cours pour lesquels une solution de remplacement a été trouvée.
9. Les enfants mineurs sont sous la responsabilité de leurs parents jusqu'à l'arrivée du professeur et leur entrée dans la salle de cours. Les parents doivent bien s'assurer de la présence du professeur avant de laisser leurs enfants.

Tableau des garanties Accidents corporels



| | MONTANT DES GARANTIES | | | MONTANT DES FRANCHISES |
|---|--|--------------|--------------|--------------------------|
| | FORMULE | | | |
| | Mini | Midi | Maxi | |
| ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS | | | | |
| DECES | 13 000 € (1) | 19 000 € (1) | 39 000 € (1) | |
| Majoration du capital : | | | | |
| - Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) | | 5 000 € | | |
| - Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants) | | 5 000 € | | |
| INVALIDITE PERMANENTE | | | | Franchise relative de 5% |
| - Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation | 25 000 € (1) | 37 000 € (1) | 77 000 € (1) | |
| INDEMNITE SUITE A COMA | | | | |
| Versement d'une indemnité égale à | 2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès | | | 14 jours |
| INCAPACITE TEMPORAIRE | Néant | 12 € | 23 € | 4 jours |
| REMBOURSEMENT DE SOINS | | | | |
| (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels) | 200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale | | | Néant |
| <u>Avec une sous-limite de :</u> | | | | |
| - Frais hospitaliers | Selon montant légal | | | Néant |
| - Chambre particulière | 30 € / jour, maxi 30 jours | | | Néant |
| - Prothèse dentaire, par dent (forfait) | 250 € (2) | 350 € (2) | 500 € (2) | Néant |
| - Bris de lunettes ou lentilles (forfait) | 250 € (2) | 350 € (2) | 500 € (2) | Néant |
| - Prothèse auditive, par appareil (forfait) | | 160 € (2) | | |
| - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.) | | 160 € (2) | | |
| Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS) | 300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère | | | Néant |
| FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS | | 2 500 € | | |
| FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE | | 1 600 € | | 15 jours d'arrêt |
| FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES | | 1 600 € | | 2 mois d'arrêt |
| FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE | | 1 600 € | | 35% d'IPP |
| - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35% | | | | |

(1) Garantie maximum 1 525 000 € en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré