

DEMANDE D'ADHÉSION 2025/2026

Nouvelle adhésion

Renouvellement - numéro de licence :

Nom d'usage :

Prénom :

Né (e) le :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone Portable :

Adresse mail (merci d'écrire le plus clairement possible) :

Questionnaire de santé « QS-SPORT » à compléter obligatoirement.

Vous avez répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé : nous remettre le coupon de l'attestation signé

Vous avez répondu au moins une fois OUI, vous devez obligatoirement nous fournir un certificat médical

Loi du 25 mai 2018(RGPD) :

Les données recueillies ci-dessus sont destinées à l'**usage exclusif et interne** de l'Association S.C.L. FLEURY-POUILLY. Ces informations nous permettent de vous joindre par courrier, téléphone et courriel.

Autorisation d'utilisation d'image

Je soussigné(e) _____, 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, date et signature :

Cochez vos activités sélectionnées :

	Gym douce 96 €	Body Sculpt 105 €	Pilates 105 €	Zumba 135 €	Yoga du rire 135 €	HathaYoga 165 €
1 ^{ère} activité (la plus chère)						
2 ^{ème} activité (remise de 30€)						
3 ^{ème} activité offerte (la moins chère)						

Licence FNSMR + cotisation 1 ^{ère} activité + cotisation 2 ^{ème} activité (- remise)	15 € + € + € - 30 €
Montant total à régler à l'inscription :	€

Mode de paiement :

<input type="checkbox"/> chèque	<input type="checkbox"/> virement bancaire (préciser votre nom et la ou les activités)	<input type="checkbox"/> chèques vacances	<input type="checkbox"/> autres à préciser
------------------------------------	---	--	---

Fleury le

Signature :

Adresse postale : 3 rue du Patural - 57420 FLEURY
Contact : Priscilla : 06 95 64 74 45 - Nathalie : 06 50 95 22 83
e-mail: sclfp57@gmail.com

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 :