



FICHE D'INSCRIPTION MINEUR

GYM FORM' DÉTENTE Saison 2020-2021

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SONT ACCEPTES

Mail : gymformdetentesps@gmail.com



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) :

ZUMBA ENFANTS (CE2-CM1-CM2) ZUMBA ADO (6^e-5^e-4^e-3^e) CROSS TRAINING ADO (6^e-5^e-4^e-3^e)
Mardi 17h-17h45 Mardi 17h45-18h30 Jeudi 17h45-18h30

STEP RENFO ZUMBA ADULTE CARDIO ATTACK
Mardi 18h30-19h15 Mardi 19h15-20h15 Mardi 20h15-21h15 Jeudi 19h15-20h
Jeudi 18h30-19h15

COTISATION :

REDUCTION PASS REGION : -30€ sur la cotisation

| ACTIVITES | COUT | CHOIX | MONTANT |
|--|-------|-------|---------|
| 1 activité | 150€ | | |
| 2 activités | 170€ | | |
| 3 activités | 190€ | | |
| 4 activités | 210€ | | |
| Le montant de la cotisation comprend le coût de la licence (30€) réglée à la FSCF et l'adhésion à l'association | | | |
| 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 3 fois possible
 Espèces montant : _____ €
 Chèques Vacances ou Coupons Sport montant : _____ €

Je souhaite recevoir une facture

Merci de préciser à quel nom doit être la facture si celui-ci est différent du bénéficiaire

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 souscris pour mon enfant 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 pour mon enfant 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:

1 photo d'identité

Règlement de la cotisation et/ou de l'assurance

Autorisation parentale

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

Ou

J'ai fourni un certificat médical en 2018-2019 ou en 2019-2020 ET j'atteste sur l'honneur avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire santé ET NON à toutes les questions du questionnaire COVID.

Date du dernier certificat : __/__/__

Copie recto/verso de la carte PASS REGION

J'ai lu et j'accepte le règlement intérieur

A _____ Le _____

Signature (représentant légal pour les mineurs)

AUTORISATION PARENTALE :

| | PERE | MERE |
|-------------------|------|------|
| NOM et PRENOM : | | |
| ADRESSE | | |
| N° de TELEPHONE : | | |

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant _____ né le
__/__/__ à participer aux cours de Gym Form' Détente.

En inscrivant mon enfant j'autorise les responsables à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (appel des pompiers, anesthésie générale ...)

J'autorise mon enfant à rentrer seul

Personnes à prévenir en cas d'urgence

| | | |
|-------------------|--|--|
| NOM et PRENOM : | | |
| ADRESSE | | |
| N° de TELEPHONE : | | |

Nous indiquer si votre enfant est sujet à des allergies ou des contres-indications médicales :

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

A _____ Le _____

Signature du représentant légal

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

QUESTIONNAIRE SANTE LIE A LA REPRISE D'ACTIVITE SPORTIVE SUITE AU CONFINEMENT (COVID-19)



| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <p>Q1. Avez-vous été diagnostiqué(e) positif(ve) au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ? par test RT-PCR (prélèvement naso-pharyngé, oral ou bronchique) probablement, car j'ai eu un ou des symptômes suivants : fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs, perte de poids supérieure à 5 kg. Mon test RT-PCR était négatif, mais un médecin m'a confirmé le diagnostic. j'ai été hospitalisé(e)</p> | | |
| <p>Q2. Avez-vous été en contact avec une ou plusieurs personnes suspectes ou diagnostiquées positives au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ?</p> | | |
| <p>Q3. Présentez-vous ce jour un ou des symptômes suivants (<i>Fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs</i>) ?</p> | | |
| <p>Q4. Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ?</p> | | |
| <p>Q5. Pendant la période de confinement et à ce jour, avez-vous arrêté ou fortement réduit votre niveau d'activité physique habituel ?</p> | | |
| <p>Q6. Suite au confinement, présentez-vous une prise de poids supérieure à 5 kg ?</p> | | |
| <p>Q7. Avez-vous été affecté(e) psychologiquement par la période de confinement et l'êtes-vous toujours (<i>Modification du sommeil, de l'humeur, diminution ou augmentation compulsive de la prise alimentaire, augmentation de la prise d'alcool ou de tabac</i>) ?</p> | | |

→ NON à toutes les questions :

Vous pouvez reprendre une activité physique et sportive encadrée.

→ OUI à une ou plusieurs questions de Q1 à Q4 :

Consultez votre médecin avant toute reprise d'activité physique et sportive

→ OUI à une question de Q5 à Q7 :

→ Reprise progressive en commençant par la pratique de la marche progressivement sur 4 à 6 semaines puis reprise de l'activité sportive, et ne consultez votre médecin qu'en cas d'apparition d'une symptomatologie anormale à l'effort ou au repos (douleur, essoufflement, palpitations...).

→ OUI à au moins deux questions de Q5 à Q7 :

Une consultation médicale est recommandée avant toute reprise d'activité physique et sportive.

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 2020-2021 commencent le jeudi 3 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 avoir le matériel adéquat, à savoir baskets multisports propres, élastiques, tapis. Une serviette et une boisson sont recommandées.
5. Le club ne rembourse pas les cotisations en cas d'arrêt de participation aux cours sauf raisons médicales justifiées par certificat du médecin fourni dans les 15 jours suivant la survenue du problème de santé. Le montant de la licence (30€ réglés à la FSCF) sera déduit du remboursement.
6. 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.
7. 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.
8. 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