

QUESTIONNAIRE SANTE

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

■ Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON 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 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.		

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.

**Attestation santé pour le renouvellement
d'une licence sportive FSCF pour l'année 2019 / 2020**

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À, le.....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

RENOUVELLEMENT LICENCE 2019 / 2020

AUTORISATION PARENTALE / DROIT A L'IMAGE

Je soussigné, (nom et prénom du représentant légal)

.....
donne aux responsables du club des Alouettes Gym,

l'autorisation de diffuser des photos et vidéos mettant en scène mon enfant (Nom et prénom).....

et ce pour les usages exclusifs suivants :

Presse, site internet et réseaux sociaux de l'association

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant ces photos ou vidéos ne devront pas porter atteinte à la réputation ou à la vie privée de mon enfant

Signature du représentant légal

ASSURANCES

Nous avons l'obligation de vous proposer une assurance individuelle complémentaire en plus de celle de la licence.

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires

Je décide de ne pas souscrire aux

Signature du représentant légal

REGLEMENT INTERIEUR

J'ai pris connaissance et m'engage à rester le règlement de l'association.

Signature du représentant légal

Signature de l'adhérent