

GYM-EQUILIBRE

FEUILLE D'INSCRIPTION
Saison Sportive 2024/2025

SANTÉ SPORT


NOM

PRENOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

ANNÉE DE NAISSANCE LIEU



@

- Cours le jeudi matin de 9h15 à 10h30 à la Salle Montesquieu
 Cours le jeudi matin de 10h45 à 12h00 à la Salle Montesquieu

Professeur David DAGUT : 06.83.12.21.70 Bureau du COG: 01.30.93.74.86

Cotisation annuelle : 85 €

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE ou QUESTIONNAIRE SANTE INFORMATION

Vous pouvez souscrire personnellement mais (sans obligation), à un contrat d'assurance complémentaire, couvrant les dommages corporels, dont la pratique du sport que vous avez choisi peut vous exposer. Pour ce faire, nous tenons à votre disposition, une formule d'assurance auprès de notre assureur, que vous pouvez contacter.

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez 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 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"/>
A 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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu **NON** à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION
dans le cadre de l'article D. 231-1-4 du Code du Sport

Je soussigné(e) M/Mme _____ 1 atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
Attestation pour _____ 2

Date et signature

1° Noter le Nom et Prénom

2° Nom et Prénom de la personne relative au CERFA N°15699*01