



COG-MUSCULATION

FEUILLE D'INSCRIPTION Saison Sportive 2024-2025

NOM..... PRENOM.....

ADRESSE.....

CODE POSTAL..... VILLE.....

DATE DE NAISSANCE..... LIEU.....

☎..... E-MAIL.....

Gargenvillois :

Cotisation annuelle : 180 € Semestrielle : 100€ 3 mois (trimestrielle) : 65€

Extra-muros :

Cotisation annuelle : 190 € Semestrielle : 105€ 3 mois (trimestrielle) : 70€

Date de Début...../...../..... Date de Fin d'adhésion...../...../.....

INSCRIPTION SUR PLACE

- Certificat médical obligatoire OU Tableau QS-Santé
- 1 photo d'identité

Je soussigné(e), reconnais avoir pris connaissance des règles de conduite et de sécurité et m'engage à les respecter. (Voir règlement au verso et affichage en salle).

Dans le cadre d'une pratique libre de la musculation, reconnais être suffisamment expérimenté(e) et avoir reçu les consignes nécessaires pour utiliser, en toute sécurité, les appareils de musculation.

M'engage, dans le cadre d'une pratique libre de la musculation, à redoubler de prudence et de vigilance afin de ne mettre en danger ni moi ni les autres pratiquants.

Club Omnisports de Gargenville

Le

Signature

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