



Le Réveil d'Épernay
Société de Gymnastique
AFFILIÉE A LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE GYMNASTIQUE
FOURDÉ LE 12 SEPTEMBRE 1873



DOSSIER D'INSCRIPTION 2020-2021

Renseignements sur l'adhérent

N° LICENCE _____ Date de naissance _____

Nom _____ Sexe _____

Prénom _____ Téléphone _____

email _____

Adresse _____

Code Postal _____

Activités choisies

Jour et horaires
ou nombre de séances

Cession droit à l'image

Autorise le Réveil d'Épernay à reproduire ou publier les photos représentant le gymnaste sur les documents, papiers et informatiques utilisés par le club. oui non

Autorisation parentale

Je soussigné(e), M ou Mme

Autorise les représentants légaux du Réveil d'Épernay à faire appel à un médecin si la santé du gymnaste le nécessite et à faire pratiquer, le cas échéant, tout examen complémentaire ou intervention chirurgicale. oui non

représentant légal de l'enfant

Problèmes médicaux :

Autorise mon enfant mineur à quitter le Hall des Sports Pierre Gaspard seul. oui non

Signature

Mère
(NOM Prénom Portable) _____

Père
(NOM Prénom Portable) _____

Par la présente signature, j'atteste que les renseignements fournis sont corrects, je reconnais avoir pris connaissance du règlement du club et m'engage à le respecter

Date _____ Signature demandeur
(ou représentant légal)

Certificat médical du

Je fournis un certificat cette année

Si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans

J'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire médical
CERFA N°15699*01

Personne à contacter en cas d'urgence

NOM, Prénom _____

Portable _____

Questionnaire médical (CERFA 15699*01) en cas de renouvellement

Durant les 12 derniers mois

- 1- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
 - 2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 - 3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
 - 4- Avez-vous eu une perte de connaissance ?
 - 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 ?
 - 6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- 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 ?
 - 8- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
 - 9- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

Adhésion et règlement

Montant de l'adhésion _____ €	Paiement
Réduction famille (% sur l'ensemble des cotisations)	Paiement effectué avec _____
<input type="checkbox"/> 5% (2 membres) <input type="checkbox"/> 8% (3 membres et +)	
Total dû _____ €	<input type="checkbox"/> CB _____ € <input type="checkbox"/> coup. sport _____ €
	<input type="checkbox"/> chq. vac. _____ € <input type="checkbox"/> Bons CAF _____ €
	<input type="checkbox"/> Esp. _____ € <input type="checkbox"/> Bons MSA _____ €
	<input type="checkbox"/> Chèque oct. _____ € N° _____
	Facilités de paiement 2 chèques si montant restant >200 € 3 chèques si montant restant >300 €
Membre(s) de la famille et groupe	
Si règlement pour plusieurs adhérents	
(Nom et montant)	
1 _____ € <input type="checkbox"/> Chèque nov. _____ € N° _____	
2 _____ € <input type="checkbox"/> Chèque déc. _____ € N° _____	
3 _____ €	
Total Famille _____ €	Parrainage fitness réalisé par _____