

Civilité de l'adhérent mineur

NOM de l'adhérent	Prénom	Né(e) le
Adresse		
Tél fixe	Tél Portable	
Adresse mail		

Choix du ou des cours

Pour les nouveaux adhérents, merci de consulter le planning sur notre site internet www.sasdanseclassique.fr et de nous contacter avant de vous positionner sur un créneau afin de vérifier les disponibilités dans les cours.

Contact : 07 57 87 46 56 ou 06 09 99 41 25

Jours et horaires de cours	Professeur	Durée	Nom et Prénom des autres adhérents de la famille*
TOTAL DES HEURES			

* Les réductions de cotisations ne peuvent s'appliquer qu'aux personnes d'une même famille, domiciliées à la même adresse. Nous nous réservons le droit de vous demander un justificatif.

Je désire une attestation d'adhésion et de paiement

L'adhésion est annuelle et forfaitaire. Le montant total des cotisations est dû à l'inscription. Si vous optez pour le paiement en 3 chèques, ils doivent être déposés dès l'inscription et seront mis en banque en octobre, novembre, janvier. Le remboursement de cotisation n'est possible que sur justificatif (arrêt médical d'un trimestre minimum, changements de domicile ou professionnel).

Personne(s) à prévenir en cas d'accident

NOM Prénom _____ N° de Téléphone _____

Assurance individuelle accident

→ Tout adhérent doit être assuré pour les éventuels dommages dont il serait responsable vis à vis d'un tiers.

TOUT ADHERENT NON LICENCIE auprès d'une fédération bénéficie d'une assurance responsabilité civile MAIF incluse dans la cotisation.

Saint Avertin Sport, via son assureur MAIF, peut vous proposer une assurance individuelle complémentaire : voir fiche IA+ Sport en fonction de la pratique sportive.

Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenus ? Oui Non

Droit à l'image

Nous autorisez-vous à utiliser votre photographie ou celle de votre enfant prise pendant les compétitions, les spectacles ou à l'entraînement :

Illustrer notre site internet ? Oui Non Illustrer un article Nouvelle République ou Presse communale ? Oui Non
Illustrer notre site Facebook ? Oui Non

Mentions légales

Saint-Avertin Sports, 31 rue Frédéric Joliot-Curie, 37550 SAINT AVERTIN Tél 02 47 27 82 www.saint-avertin.sports.fr
Club affilié, Agrément ministériel DDJS n° 37-6-60, N° SIRET 775 302 656 00027

RGPD : les données collectées le sont aux seules fins de bon fonctionnement du Saint Avertin Sports et de ses sections, de l'inscription des adhérents auprès des fédérations auxquelles la section est affiliée. Les données ne sont ni cédées, ni vendues à des tiers ayant pour objectif de les exploiter à des fins commerciales. Vous disposez d'un droit de regard, rectification de vos données personnelles. La signature du présent dossier vaut acceptations de ces conditions.

Règlement intérieur

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur du SAS DANSE CLASSIQUE ET PILATES

Oui Non

Questionnaire de santé pour les mineurs

Dans le cadre de mon inscription ou de ma réinscription au SAS Danse Classique, je soussigné(e) atteste avoir rempli le Questionnaire de santé ci-après.

Dans le respect du secret médical, **je conserve strictement ledit questionnaire** et m'engage à remettre la présente attestation **au SAS Danse Classique**.

- J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire** : je joins la présente attestation au SAS Danse Classique avec mon dossier d'inscription.

- J'ai répondu OUI à une ou plusieurs rubriques du questionnaire** : je suis informé(e) que je dois produire un certificat médical de moins de 6 mois attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la danse classique.

Nom et Prénom de l'adhérent mineur :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du responsable légal de l'adhérent mineur :

Date :

Signature :

Fait à :

Informations concernant le responsable légal de l'adhérent mineur

Je soussigné(e) (NOM Prénom) _____ représentant(e) légal(e) ou personne investie de l'autorité parentale de

(NOM Prénom) _____ Né(e) le _____ .

N° de Téléphone _____ Père Mère Représentant légal

Adresse mail : _____

Autorise la pratique sportive de la danse classique au sein du club SAINT AVERTIN SPORTS DANSE CLASSIQUE.

Autorise à repartir à la fin des entraînements ou des compétitions, mon ou mes enfants mineurs à regagner leur domicile seul(es)

Oui Non

Le cas échéant, coordonnés de la tierce personne dument autorisée à venir chercher le, ou les enfants, si différent des parents ou du représentant légal :

NOM :	Tél :
-------	-------

ACCIDENT, SOINS D'URGENCE : J'autorise les dirigeants, responsables du club, éducateurs sportifs, à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident. En cas de nécessité l'enfant ci-dessus nommé, sera dirigé(e) vers l'hôpital le plus proche. J'autorise le médecin consulté en cas d'urgence à procéder à toute intervention médicale ou anesthésie que nécessiterait l'état de santé de l'enfant.

Joindre sous enveloppe fermée les indications que vous jugerez utiles de porter à la connaissance du praticien (allergies, antécédents opératoires, traitement en cours ...).

Je m'engage à rembourser au(x) responsable(s) du déplacement tous les frais susceptibles d'avoir été avancés.

Fait à

Le

Signature du représentant légal

Informations éventuelles que vous souhaitez nous communiquer

INFORMATIONS EVENTUELLES QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS COMMUNIQUER :

Signature du dossier

Je, soussigné (NOM Prénom) _____, certifie exact l'ensemble des informations fournies et accepte les conditions d'adhésion.

Fait à _____ le _____ Signature

Dossier à déposer à l'adresse suivante en privilégiant le dépôt direct dans la boîte aux lettres pour éviter les courriers égarés par la Poste :

DESCOUTS Fabricia
3 rue Raoul Dufy - 37550 SAINT-AVERTIN

Conformément à la loi n°2020-1525 du 7 décembre 2020 publié au JO le 8 décembre 2020

Questionnaire de santé pour le mineur

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>