

REGLEMENT INTERIEUR

Si je m'oppose à la diffusion de mon image je le signale par écrit au président de l'association.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et m'engage à le respecter.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

Signature (accompagnée de la mention « lu et approuvé ») :

ATTESTATION DE SANTE

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 santé.

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

signature du pratiquant

CERTIFICAT MEDICAL (valable 3 ans avec une attestation de santé annuelle)

Je soussigné, Docteur

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique des sports suivants :

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

Cachet et signature du Médecin



FICHE INSCRIPTION UNIQUE

Saison 2018 /2019

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(pour les certificats médicaux de moins de 3 ans)

« 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. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

« Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

« Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez 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. »