

ELEMENTS NECESSAIRES A L'INSCRIPTION :

- ✓ **Bulletin d'adhésion**
- ✓ **Autorisation de soin + Questionnaire** (et si nécessaire, certificat médical)
- ✓ **Paiement (si besoin mandat de prélèvement SEPA et RIB)**

GROUPE : _____
Jour(s) et heure(s) : _____

Adhérent : NOM : _____ PRENOM : _____
 Date de naissance : _____ Nationalité : _____

Parent/Responsable : **Facultatif si préinscription sur internet**
 NOM : _____ PRENOM : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____
 Adresse Mail : _____

Droit à l'image:
 J'autorise le club à utiliser mon image sur les supports de communication du club (affiche, site Internet).
Tout refus doit être signalé par courrier adressé au président de l'association.

<p>Règlement intérieur : L'adhérent ou ses représentants légaux reconnaissent avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association et s'engagent à le respecter.</p>	<p>Signature de l'adhérent ou du représentant légal :</p>
--	--

Cadre réservé à la Saint-loise	COTISATION (licence FFGym incluse) (hors remise ou réduction) = _____ €	
	<p>Remises/Réductions :</p> <p><input type="checkbox"/> Réd. Famille 2nd enfant : -10€ (2)</p> <p><input type="checkbox"/> Réd. Famille 3^{ème} enfant : -15€ (2)</p>	<p><input type="checkbox"/> Réduction enfant salarié : _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> Autre réduction : _____ €</p>
	MONTANT FINAL DU = _____ €	
	<p><input type="checkbox"/> espèces : _____ € Reçu N° : _____</p> <p><input type="checkbox"/> chèque : _____ €</p> <p>_____ € mois : _____ n° _____</p> <p>_____ € mois : _____ n° _____</p> <p>_____ € mois : _____ n° _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Tickets kiosk : _____ €</p> <p>n° _____</p> <p>(apposer nom bénéficiaire sur tickets)</p> <p><input type="checkbox"/> Carte spot : _____ €</p> <p>n° _____</p>
	<p><input type="checkbox"/> Carte Bancaire : _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> chèque CE/CSE : _____ € n° _____</p> <p><input type="checkbox"/> prélèvements (1) _____ X _____ €</p> <p><input type="checkbox"/> autre (coupons sport/chèques vacances) _____ €</p> <p>_____ € n° _____ / _____ € n° _____</p> <p>_____ € n° _____ / _____ € n° _____</p> <p>_____ € n° _____ / _____ € n° _____</p> <p>_____ € n° _____ / _____ € n° _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Atout Normandie : _____ €</p> <p>n° _____ code secret _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pass'sport (3) : 70€ _____</p>
	<p>Chèque Caution</p> <p>_____ € n° _____ Banque : _____</p>	

Dossier papier réceptionné par : _____ le : _____ / Enregistrement Gest'gym par : _____ le : _____

(1) Si paiement par prélèvement automatique, frais supplémentaire de 1€ parprélèvement
 (2) Valable pour adhésions enfants inscrits du même foyer
 (3) sur présentation du courrier reçu avec le code

AUTORISATION DE SOINS

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident:

NOM: _____ Prénom: _____ Qualité: _____

Téléphone (portable et domicile): _____

Numéro sécurité sociale: _____

Nom de la Mutuelle: _____ Nom de l'assurance: _____

Je soussigné(e) (NOM-Prénom) _____

en cas d'accident de (NOM-Prénom Gymnaste) _____

autorise:

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable, ou entraîneur de l'association, du comité ou de la FFG;
- à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins,
- à reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à _____ le _____

Signature: _____

Coordonnées du médecin traitant:

Nom: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Attention :

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal du licencié mineur.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé:
 - ⇒ Attestation ci-après à fournir à votre club – **Pas de certificat médical.**
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :
 - ⇒ Le **certificat médical** est **obligatoire** pour l'obtention ou le renouvellement de licence.

Attestation (Pour les mineurs)

Je soussigné (parent) :

Nom : Prénom :

Représentant légal de l'enfant :

Licence N° Club : La Saint-Loise Gymnastique

- **Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison 2025-2026.**

- **Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.**

Fait à Le

Signature



**ENSEMBLE,
CRÉONS LE MOUVEMENT**

Questionnaire de santé

Qui est concerné ?

Le licencié mineur qui demande à la FFG l'obtention ou le renouvellement de sa licence.

Qui remplit le questionnaire ?

Il est préférable que le questionnaire ci-dessous soit complété par le licencié mineur s'il en est capable. Il est toutefois de la responsabilité des parents ou de la personne exerçant l'autorité parentale de s'assurer qu'il 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 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré (e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
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 ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
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.)		

Nom de l'adhérent : _____

cotisation: _____ €

Mandat de Prélèvement SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM)* <small>*maximum 35 caractères</small>	
--	--

Type de paiement	<input type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif	<input type="checkbox"/>
	Ponctuel	
Montant Total dû (Adhésion+frais prélèvement)		Date du 1 ^{er} prélèvement
Nombre de prélèvements (max 10 si adhésion en septembre ; sinon max 6)		Montant Mensualité (1)

En signant ce formulaire de mandat, vous- autorisez **LA SAINT LOISE GYMNASTIQUE**- à envoyer des instructions à notre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LA SAINT LOISE GYMNASTIQUE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du CREANCIER	LA SAINT LOISE GYMNASTIQUE
N° d'Identifiant Créancier SEPA (ICS)	FR 342363397
Adresse du créancier	PLACE GEORGES POMPIDOU
Code postal	50000
Ville	SAINT LO
Pays	FRANCE

DEBITEUR	
Nom et prénom du titulaire du compte / Débiteur	
Adresse du débiteur	
Code postal	
Ville	
Pays	
BANQUE	
BIC	
IBAN du débiteur	

A

Le :

SIGNATURE

MERCI DE FOURNIR UN RIB

(1) Frais de prélèvement mensuel de 1€/mois à inclure