



FICHE INSCRIPTION SAISON 2024-2025

afacfleurioux@outlook.fr

RENSEIGNEMENT ADHERENT

NOM/ PRENOMS

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE

ADRESSE MAIL

TELEPHONE

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

(nom / prénom /téléphone)

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné _____, de _____ déclare :

- autoriser les responsables de l'association à prendre les mesures utiles en cas d'accident : En cas d'accident potentiellement grave, l'association appelle le SAMU et s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. L'accidenté ou malade peut être transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.
- avoir souscrit une police d'assurance. (COMPAGNIE/° POLICE) :
- décharger la responsabilité de l'association en cas d'accident consécutif au non-respect des consignes (cf. charte de bonne conduite)
- autoriser l'association à me communiquer par mail les informations interne à l'association
- Autorise mon enfant à partir :

Seul dès la fin de l'entraînement : Oui Non

Si non, personnes autorisées à récupérer l'enfant

Nom/ Prénom/téléphone

DROIT A L'IMAGE (pour tous)

En raison de l'obligation de respecter le droit à l'image nous vous remercions de lire avec attention et de remplir le formulaire ci-dessous

Je N'autorise aucune photo

J'Autorise la prise de photos mais refuse la diffusion de celles-ci

J'autorise l'AFAC à prendre des photos de mon enfant et de les publier :

Site internet : oui non

Réseaux sociaux : oui non

Presse : oui non

Date Signature(s), précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Information : L'association est amenée à prendre des photographies ou images de ses adhérents, dans un but de promotion des activités de l'association et non pour un usage commercial. Ces photographies pourront être publiées sur le site internet ainsi que sur les réseaux sociaux de l'association (facebook) mais également dans la presse locale. Ces publications sont faites sous réserve de la vie privée (art. 9 du Code Civil). Chaque adhérent bénéficie du droit de retrait à l'image (art. 39 et suivants de la loi du 6/01/1978 modifiée).

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MAJEUR

Volet destiné à l'adhérent

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 inexplicquée ?	<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 attestez, 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.

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) atteste que j'ai répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai2021,

A....., le

SIGNATURE



QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Volet destiné au mineur et aux parents ou responsable légal du mineur

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 un garçon 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 <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> 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"/>

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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.

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) représentant légal de l'adhérent mineur.....(nom et prénom de l'enfant) atteste que mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021,

A....., le .../.../...

SIGNATURE



Association Fleurinoise Athlétique et Culturelle

afacfleurioux@outlook.fr

Ce document a pour but de résumer les règles de bonne conduite pour la pratique de l'activité au sein de l'association dans le respect du bien-être de tous.

En adhérant à l'association « Afac », je m'engage à respecter les règles suivantes :

- Je respecte les autres adhérents de l'association ainsi que les professeurs et les adhérents des autres associations.
 - Le sport doit rester un moyen de s'exprimer sans pour autant agresser moralement ou physiquement l'adversaire
 - Je respecte l'intégrité morale et physique du joueur, tout acte, parole ou geste discriminatoire envers une personne est à proscrire.
 - J'utilise une communication cordiale entre adhérent
- Je prends soin du matériel prêté par l'association lors de mon activité
 - Je déclare dès lors que je constate une dégradation.
 - Je participe à la mise en place et au rangement.
- Je prends soin des locaux :
 - Dans la salle polyvalente, l'utilisation de chaussures de sport est obligatoire
 - Dans la salle de danse et la salle des arts martiaux, les chaussures de ville sont **STRICTEMENT INTERDITES** (même les accompagnants doivent se déchausser) uniquement les baskets propres seront acceptées. L'adhérent doit changer de chaussures avant de rentrer dans la salle de danse
 - Je déclare dès lors que je constate une dégradation.
- **Accueil des mineurs :**
 - L'encadrement des cours pour les enfants mineurs sera assuré par le professeur
 - Les parents ou tuteurs, avant de laisser leur(s) enfant(s), devront s'assurer de la présence du professeur et qu'il a bien pris en charge leur(s) enfant(s). A la fin du cours, ils devront venir le(s) chercher à l'entrée de la salle de danse (sauf autorisation parentale de sortie seul signée)
 - En cas d'absence d'un parent à la fin de l'activité d'une section, les parents seront contactés par tout moyen utile, en cas de non-réponse, l'enfant sera remis aux autorités compétentes (gendarmerie).

L'association informe ses adhérents de l'utilité de contracter une assurance dite « individuelle corporelle » qui couvre les dépenses résultant des dommages corporels qu'ils pourraient s'infliger à eux même, sans intervention d'un tiers.

L'association informe de la nécessité d'un certificat médical pour tous les adultes (hors badminton et futsal). Pour l'activité boxe et les personnes de plus de 60 ans, ce certificat sera renouvelable chaque année. Pour les autres activités et les moins de 60 ans il sera renouvelable tous les 3 ans.

Pour les mineurs, un questionnaire médical est à remplir et en cas de réponse positive, un certificat médical sera nécessaire.

Les demandes d'attestations CE sont à faire par mail uniquement

Les demandes de remboursement doivent être faites par mail. Seules les demandes avec justificatif (certificat médical) seront acceptées

En cas de comportement incorrect, ou gênant pour les autres membres, le responsable peut demander à l'intéressé de cesser de pratiquer et éventuellement de quitter les lieux (sans remboursement de cotisation)

Dans l'intérêt de tous et par respect du collectif, il est souhaitable que chacun ait pris connaissance de ces règles et se sente responsable de ces petites charges et les exécute de bon aloi.