

**Rappel:**

- ▣ Tout désistement entraînera une retenue de 50 € pour frais de dossier (assurance, licence etc...)
- ▣ Respect des horaires et du changement de chaussures dans toutes les salles.

1. Droit à l'image :

Des photos, des vidéos peuvent être prises lors des cours et/ou manifestations. Nous pourrions nous en servir pour agrémenter un article, notre site internet ou bien sur écran lors de notre A.G. . Merci de cocher l'une des cases ci-dessous :

J'accepte

Je n'accepte pas

2. Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs :

Je, soussigné(e)..... autorise mon enfant à participer aux cours de gymnastique.

3. Les statuts et le règlement :

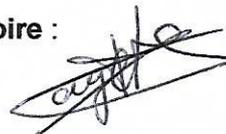
Ils sont à votre disposition et consultables sur place pendant notre permanence au bureau le jeudi de 10H30 à 17H30.

4. Conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi n° 78-17 du 06-01-1978 :

Nous vous informons que les données qui sont collectées vont servir à alimenter un fichier informatisé. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Lu et approuvé le : 21/09/2013

Signature obligatoire :  
(adhérent ou parent)



**ATTENTION** : Le certificat médical est valable 3 ans. L'année de votre certificat médical figure sur l'étiquette au dos de cette feuille. Si l'année est antérieure à 2017, vous devez en fournir un nouveau.

**Pour les anciens adhérents dont le certificat médical a moins de 3 ans**

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

**Durant les 12 derniers mois :**

	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicée ?	----	----
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	----	----
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	----	----
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	----	----
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 ?	----	----
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	----	----

**A ce jour :**

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 ?	----	----
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	----	----
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	----	----

**Attention** : les réponses formulées relèvent de votre responsabilité.

→ Si vous avez répondu NON à toutes les questions, pas de certificat médical à fournir

→ Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, le certificat médical est obligatoire.

Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions

Date :

Signature :