

# Inscrivez-vous

Activité(s) : .....

Créneau(x) horaire(s) : .....

Nom de l'adhérent : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  M  F

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone Adhérent : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Pour les mineurs :

• Tél. Mère : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... • Tél. Père : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Email adhérent ou famille : .....@.....

## À FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION :

**UN CERTIFICAT MEDICAL** : mentionnant l'absence de contre indication à la pratique du sport concerné pour les nouvelles inscriptions ou renouvellement (après 3 ans) dans la même activité, sinon remplir l'attestation au verso (exception faite pour le Karaté fournir un certificat chaque année).

**UN JUSTIFICATIF DE DOMICILE** : à votre nom, uniquement pour les « PLAN DE CUQUOIS (Facture récente d'eau, d'électricité, de gaz ou de téléphone y compris mobile, avis d'imposition).

**AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOS** : Dans le cadre de son dépliant d'activités et de son site Internet, relatif à la vie de l'association, son organisation, ses activités et dans un objectif d'information, l'association M.J.C de Plan-de-Cuques demande votre autorisation d'utiliser sans contrepartie les photos, sur lesquelles vous figurez, productions (dessins, tableaux...).

**Je soussigné(e) ..... autorise la M.J.C de Plan-de-Cuques à utiliser sans contrepartie mes photos (et autres) ou celle(s) de mon (mes) enfant(s)**

Date : ... / ... / ...

Signature :

Conformément au Règlement Général de la Protection de Données (RGPD) du 27 avril 2016 et à la Loi N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant à la M.J.C. de Plan-de-Cuques.

NOUS CONTACTER : 04 91 68 04 91 - 9

# Attestation et questionnaire de santé

Je soussigné(e) M. / Mme [Prénom NOM] : .....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT  
Cerf N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date : ... / ... / ...

Signature du sportif :

## **Pour les mineurs :**

Je soussigné(e)

M. / Mme [Prénom NOM] : .....

En ma qualité de représentant légal de

[Prénom NOM] : .....

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT  
Cerf N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date : ... / ... / ...

Signature du représentant légal :

**A noter qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport concerné est valable désormais 3 ans (renouvellement si plus de 3 ans) à condition de ne pas avoir répondu par la négative à l'ensemble du questionnaire de santé (QS SPORT) et de renouveler sa licence dans la même fédération ou activité.**

**La MJC met en place ce fonctionnement pour l'ensemble de ses activités physiques avec ou sans licence, excepté pour le KARATE où la fédération exige un certificat chaque année.**

**Un certificat ne précisant pas la pratique du sport en compétition ne sera pas valable pour les sports avec licence (sauf FFEPGV).**

**10** - NOUS CONTACTER : 04 91 68 04 91



## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 atteste, 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.