

GYM CLUB MONTALIEU

Association Sportive Mixte

6 Place de l'Hôtel de Ville

38390 Montalieu-Vercieu

Tel : 06.11.64.35.16

Email : gymclubmontalieu@gmail.com

**GYMNASTIQUE
en COMPÉTITION****Saison 2026 - 2027****Dossier d'Inscription Saison 2026-2027****RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Le (La) Licencié (e) – L'Enfant	
NOM :	
Prénom :	
Date de naissance :	

À FOURNIR

Pour chaque Licencié ►

une Photod'Identité

2,5 x 3,2 cm à

fixer ici

Les Parents	Parent 1 (Responsable Légal)	Parent 2
NOM :		
Prénom :		
Adresse postale :		
CP / Ville		
Email :		
Tél. Fixe		
Tél. Portable		
Profession		

Célibataire ☐ **En Couple** ☐ **Mariés** ☐ **Séparés** ☐ **Veuf/Veuve** ☐
ADHÉSION CLUB + COTISATION ANNUELLE GYMNASTIQUE

- ☐ Aînées : **290 €** ☐ Eveil Enfant : **260 €**
☐ Jeunesses : **290 €** ☐ Garçons : **250 €**
☐ Poussines : **290 €**

- Règlement :** ☐ Espèces ☐ Chèque(s)
☐ Carte Bancaire ☒ PASS'REGION
☒ PASS' SPORT CAF ☒ CARTE TATOO

*Possibilité de payer
en 3 chèques endossables*
**Début Octobre,
Janvier et Mars**

À FOURNIR Par famille ► **Deux enveloppes 11,5 x 23 cm** Elles seront timbrées et libellées à l'adresse de la famille
 Si Parents séparés ► **Deux enveloppes 11,5 x 23 cm par parent** Elles seront timbrées et libellées à l'adresse de chaque parent

ATTESTATION DE SANTÉ pour l'établissement d'une Licence Sportive FSCF (à compléter)

Je soussigné(e) ← NOM et Prénom ↓
 agissant en qualité de **Responsable Légal de l'Enfant**

► Atteste sur l'honneur, que mon enfant et moi-même avons répondu **négativement** à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

Le 2026**Signature** ►

*En cas d'une réponse positive sur le questionnaire,
vous devez fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la gym en compétition.*

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX que vous jugez utiles de porter à la connaissance des Cadres de l'activité :

AUTRES ATTESTATIONS et AUTORISATIONS DIVERSES

(page suivante)

Compéter et mettre une croix dans les ☐ appropriés.

Je soussigné(e)

← NOM et Prénom ↓

agissant en qualité de **Responsable Légal de l'Enfant**

AUTORISATION d'HOSPITALISATION en cas d'urgence,

- ☐ ► Autorise les Responsables de l'Association à prendre toute disposition en cas de maladie ou accident survenu lors d'Entrainement, Stages, Compétitions, Manifestations, etc.
- ☐ ► Autorise à faire pratiquer tous les examens nécessaires à l'établissement du diagnostic.
- ☐ ► Autorise le Chirurgien à pratiquer tous les actes liés à l'intervention chirurgicale et l'Anesthésiste Réanimateur à pratiquer les actes liés au processus opératoire d'urgence.

Le 2026

Signature ►

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGES

- ☐ ► **Autorise** par la présente et à titre gratuit le Gym Club Montalieu, le Comité Départemental du Dauphiné, le Comité Régional Auvergne Rhône-Alpes et la F.S.C.F. :
- A photographier ou filmer mon enfant ou moi-même au cours des Entrainement, Stages, Compétitions, Manifestations, etc.
 - A utiliser ces photographies ou vidéos pour la Licence et/ou sur leurs Sites Internet, leurs Réseaux Sociaux, les Journaux, les divers Médias et/ou tout autre document écrit.

	Autorise	N'autorise pas
Avoir pris connaissance de la Réglementation Fédérale et m'engage à la respecter (2)		
Autoriser la FSCF à m'envoyer des Offres Commerciales (3)		
Autoriser les Partenaires de la FSCF à m'envoyer des Offres Commerciales (3)		
Accepter de recevoir la Newsletter Fédérale, du Comité Départemental du Dauphiné ou du Comité Régional Auvergne Rhône-Alpes de la FSCF (3)		

- ☐ ► **N'autorise pas** l'utilisation de photos ou vidéos de mon enfant

Le 2026

Signature ►

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GYM CLUB MONTALIEU

- Nous attestons avoir lu le Règlement Intérieur du Gym Club Montalieu et nous nous engageons à le respecter dans sa totalité (**Disponible sur le Site Internet : <https://www.gymclubdemontalieu.com>**).

Le 2026

Signatures des parents ▼

et de la gymnaste ▼

PARTICIPATION à la VIE du CLUB : Le fonctionnement du club est assuré par une équipe de bénévoles. Ils ne peuvent assurer seuls tout ce qui est nécessaire et font appel à vous.

- accepte ponctuellement de faire partie de cette équipe pour aider à certaines tâches :

Aider à la Buvette	Madame ☐	Monsieur ☐	Rechercher des Lots pour le Loto	Madame ☐	Monsieur ☐
Aider au Secrétariat (Compétition)	Madame ☐	Monsieur ☐	Aider pour le Loto et/ou Gala	Madame ☐	Monsieur ☐
Installer / Ranger du matériel	Madame ☐	Monsieur ☐	Juger Gymnastes (ou apprendre)	Madame ☐	Monsieur ☐
Aider à Encadrer les Gymnastes	Madame ☐	Monsieur ☐	Faire du bricolage, de la décoration	Madame ☐	Monsieur ☐
Faire des Pâtisseries	Madame ☐	Monsieur ☐	Rechercher des Sponsors	Madame ☐	Monsieur ☐

Le 2026

Signature ►



QUESTIONNAIRE SANTÉ POUR LES MINEURS 2026 - 2027

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) « QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire 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 ☐ Un Garçon ☐ Ton âge :

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.)	☐	☐

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

RAPPEL : Conservez le questionnaire (Strictement Confidentiel) et remplissez l'Attestation de Santé

Selon la Réglementation en vigueur (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'opposition à toutes les données personnelles collectées.



CERTIFICAT MÉDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné (e) :, Docteur en Médecine,

Après avoir examiné Mme / M ⁽¹⁾ :

Né (e) le :/...../.....

Certifie après examen, que son état de santé actuel :

- ▶ Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des Activités Physiques ou Sportives, en particulier pour la Gymnastique :

▷ En Compétition et en loisir ⁽¹⁾

▷ En loisir uniquement ⁽¹⁾

- ▶ Présente une contre-indication à la pratique des Activités Physiques et Sportives suivantes ⁽²⁾ :

.....
.....
.....
.....

Fait à : le :

**Signature
et Cachet du Médecin**

(1) Rayer les Mentions inutiles pour le Sport-Santé

(2) A Compléter