

Je soussigné(e)

← NOM et Prénom

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, 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, 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

Le 2026

Signature ►

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU GYM CLUB MONTALIEU

- J'atteste avoir lu le Règlement Intérieur du Gym Club Montalieu et je m'engage à le respecter dans sa totalité.

Le 2026

Signature ►

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 <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Aider au Secrétariat (Compétition)	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Installer / Ranger du matériel	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Aider à Encadrer les Gymnastes	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Faire des Pâtisseries	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>

Rechercher des Lots pour le Loto	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Aider pour le Loto et/ou Gala	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Juger Gymnastes (ou apprendre)	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Faire du bricolage, de la décoration	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Rechercher des Sponsors	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>

Le 2026

Signature ►



QUESTIONNAIRE SANTÉ POUR LES MAJEURS 2026 - 2027

Merci de répondre à **toutes** les rubriques de ce questionnaire :

Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom – Prénom Date de Naissance :

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	OUI	NON
1 - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2 - Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3 - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4 - Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6 - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON A CE JOUR	OUI	NON
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.) survenue durant les 12 derniers mois ?		
8 - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9 - Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

N.B : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : Il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical et de nous le fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- **Si vous avez répondu NON** à toutes les questions : Vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et Signez l'Attestation ci-jointe et remettez là à votre Association.

Rappel : Conservez le Questionnaire de Santé qui est Personnel et Strictement Confidentiel.



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