

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****Fiche de Pré-Inscription Saison 2026-2027****RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

| | |
|--|----------------------|
| Le (La) Licencié (e) – L'Enfant | |
| NOM : | <input type="text"/> |
| Prénom : | <input type="text"/> |
| Date de naissance : | <input type="text"/> |

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 : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prénom : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Adresse postale : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CP / Ville | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Email : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél. Fixe | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Tél. Portable | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Profession | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Célibataire **En Couple** **Mariés** **Séparés** **Veuf/Veuve**

ADHÉSION CLUB + COTISATION ANNUELLE GYMNASTIQUE

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aînées: 290 € | <input type="checkbox"/> Eveil Enfant : 260 € | Règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque(s) | <i>Possibilité de payer en 3 chèques endossables Début Octobre, Janvier et Mars</i> |
| <input type="checkbox"/> Jeunesses : 290 € | <input type="checkbox"/> Garçons : 250 € | <input type="checkbox"/> Carte Bancaire <input checked="" type="checkbox"/> PASS'REGION | |
| <input type="checkbox"/> Poussines : 290 € | | <input checked="" type="checkbox"/> PASS' SPORT CAF <input checked="" type="checkbox"/> CARTE TATOO | |

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

Nous rappelons que nous sommes **un Club de Gymnastique de Compétition** et que les Gymnastes **participent obligatoirement** à des Compétitions Départementales (quelque soit leur niveau), Régionale ou Nationale (sur sélection), ainsi qu'au **Challenge VALENTIN** qui se déroule à Montalieu chaque année et au **Gala Annuel** (tous les licenciés). De plus **2 Compétitions Amicales** sont proposées. Les Compétitions Officielles ne concernent pas les Baby's.

Lors de l'**Inscription définitive en Septembre**, il vous sera demandé différents documents à remplir ainsi qu'un Questionnaire de Santé pour les Mineurs. Si vous répondez Oui à une des Question, vous devrez fournir un Certificat de non-contrindication à la pratique de la Gymnastique Artistique en Compétition et en loisirs, et si vous répondez non à toutes les questions, vous n'avez pas besoin de ce Certificat Médical. Pour l'Eveil de l'Enfant, aucun document n'est nécessaire. Pensez à prendre rendez-vous le plus tôt possible si vous avez besoin de ce Certificat Médical (vous trouverez un exemplaire que vous pouvez donner à votre médecin pour qu'il le remplisse).

Pour la Gymnastique, au prix de la Cotisation il faudra rajouter l'achat de la **Tenue de Compétition Obligatoire (Justaucorps + Chouchou : environ 100.00 €)**, ainsi que la **Location du Survêtement du Club dont les prix seront fixés début Septembre** lors de notre Assemblée Générale.

Nous vous souhaitons de passer une agréable Saison à nos côtés.

Sportivement

Gilles KOCH
Président du
Gym Club Montalieu



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 ? | <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 pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après 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) | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 | 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 ? | <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 **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.

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-dessous et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

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



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