



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 Photo
d'Identité
2,8 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"/>
Code Postal	<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"/>

ADHÉSION CLUB + COTISATION ANNUELLE GYMNASTIQUE

<input type="checkbox"/> Aînées : 250 €	<input type="checkbox"/> Eveil Enfant : 230 €	Règlement : <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque(s)	<i>Possibilité de payer en 3 chèques endossables Début Octobre, Novembre et Décembre</i>
<input type="checkbox"/> Jeunesses : 250 €	<input type="checkbox"/> Gym Douce : 250 €	PASS'REGION <input type="checkbox"/> CARTE TATOO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Poussines : 250 €	<input type="checkbox"/> Garçons : 220 €	PASS'SPORT CAF <input type="checkbox"/> Coupon sport <input type="checkbox"/>	

À FOURNIR Par famille ► **Deux enveloppes 15 x 21 cm** Elles seront timbrées et libellées à l'adresse de la famille
Si Parents séparés ► **Deux enveloppes 15 x 21 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 2023

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 connaissances 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 2023 **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 et les Journaux et/ou pour des Comptes-Rendus d'Activités.

	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 2023 **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.

Le 2023 **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 <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Rechercher des Lots pour le Loto	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Aider au Secrétariat (Compétition)	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Aider pour le Loto et/ou Gala	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Installer / Ranger du matériel	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Juger Gymnastes (ou apprendre)	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Aider à Encadrer les Gymnastes	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Faire du bricolage, de la décoration	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>
Faire des Pâtisseries	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>	Rechercher des Sponsors	Madame <input type="checkbox"/>	Monsieur <input type="checkbox"/>

Le 2023 **Signature ►**



QUESTIONNAIRE SANTÉ POUR LES MINEURS 2023 - 2024

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 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 à votre Club.

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
(2) A Compléter*