



FICHE D'INSCRIPTION GYMNASTIQUE 2020-2021

Renouvellement Nouvelle inscription (club fréquenté en 2019-2020 le cas échéant : _____)

Enfant :

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Parents (ou représentant légal) :

Représentant	Mère	Père
Nom		
Prénom		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Téléphone		
Mail		

Pour l'e-mail (écrire **LISIBLEMENT ET EN MAJUSCULE**). Vous recevrez par ce biais toutes les communications et informations relatives à la gym :

Nom et téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence (si autre que les parents ci-dessus) et lien de parenté avec l'enfant :

-Nous, les parents :

- Autorisons le déplacement de nos enfants en voiture personnelle par les monitrices, moniteurs et responsables lors de compétitions, stages, ... oui non
- Autorisons le club à prendre notre enfant en photo oui non
- Souhaitons prendre l'assurance proposée par la Laurentia oui non

Si oui, option choisie: Mini (1.90€) Midi (3.75€) Maxi (5.50€)

Signatures :

Documents joints :

Certificat médical (non obligatoire pour les enfants nés en 2015) ou attestation de santé (cf documents ci après)

Photo (**format identité**)

Cotisation (1 enfant : 120 euros, 2 enfants 180 euros, 3 enfants 240 euros)

Adhésion assurance (si souhaitée): Mini : 1.90 € Midi : 3.75 €, Maxi : 5.50 € (par enfant)

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION
À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e) _____ Docteur en médecine,
Après avoir examiné ce jour _____

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Sexe Mas. Féminin

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 ou les disciplines suivantes :

En compétition et en loisir* :

_____	_____
_____	_____

En loisir uniquement* :

_____	_____
_____	_____

Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes* :

_____	_____
_____	_____

(*À COMPLÉTER OU COCHER SELON LES CAS)

A _____
Le _____

Signature et Cachet _____



Fédération Sportive et Culturelle de France
22 rue Oberkampf ■ 75011 Paris
T +33(0) 1 43 38 50 57 ■ F +33(0) 1 43 14 06 65
fscf@fscf.asso.fr ■ www.fscf.asso.fr

Conformément à la loi n°2016-041 du 26/01/2016 et des décrets n°2016-1157 et 2016-1387, ce certificat médical est valable 3 ans pour la délivrance d'une licence sans interruption au cours des 3 années sous réserve de remplir un auto-questionnaire de santé annuel mentionnant l'absence d'événements médicaux dans l'année écoulée, auquel cas un nouveau certificat médical est nécessaire. Pour les sports à contraintes particulières, un certificat annuel reste nécessaire : alpinisme ; plongée subaquatique ; spéléologie ; disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'un aéronef à l'exception de l'aéromodélisme ; rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

Ce certificat médical n'est pas nécessaire avant l'âge de 6 ans et pour les activités non sportives.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE

FSCF

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé par OUI ou par NON durant les douze derniers mois

		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
À CE JOUR :			
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"/>

(NB : 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 d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

 PARTIE À DÉTACHER

ATTESTATION SANTÉ POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE

FSCF POUR L'ANNÉE 2019-2020 **Attention : Mettre le nom de l'ENFANT**

Je, soussigné(e) : Nom Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

A

Le