



GYMNASTIQUE VOLONTAIRE ADULTE/ENFANT FONBEAUZARD  
**BULLETIN D'INSCRIPTION ADULTE**  
Saison 2023/2024

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>1 - IDENTITE</b>                      | N° de licence : |
| Nom : ..... Nom de jeune fille : .....   |                 |
| Prénom : ..... Date de naissance : ..... |                 |
| Adresse : .....                          |                 |
| Code postal : ..... Ville : .....        |                 |
| Téléphone : ..... Portable : .....       |                 |
| Email (en MAJUSCULES svp) :              |                 |
| Personne à prévenir en cas d'urgence :   |                 |

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>2 – ACTIVITES (Cocher la ou les activités/créneaux choisis)</b>  |  |   |   |
| <b>GYMNASTIQUE</b><br>(Accès illimité gym tonique, gym douce, gym zen, gym dos, Pilates, Zumba, gym adaptée) <input type="checkbox"/> |  |   |   |
| <b>AQUAGYM</b> (1h au choix)<br>Limité à 30 par créneau   | Jeudi 19h-20h <input type="checkbox"/>     | <b>Marche NORDIQUE</b><br>Limité à 25 personnes                       | Mercredi 10h-11h30 <input type="checkbox"/> |
|   | Jeudi 20h- 21h <input type="checkbox"/>    |   |   |
| <b>YOGA</b> (1h au choix)<br>Limité à 30 par créneau  | Mardi 19h15-20h15 <input type="checkbox"/> | <b>Méthode DE GASQUET</b><br>(1h au choix)<br>Limité à 15 par créneau | Lundi 10h30-11h30 <input type="checkbox"/>  |
|   | Mardi 20h30-21h30 <input type="checkbox"/> |   | Mercredi 8h30-9h30 <input type="checkbox"/> |
|   | Jeudi 10h30-11h30 <input type="checkbox"/> |   |   |

|  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <b>3 – COTISATION</b>  |   |                                       |
| MONTANT : .....  | Participation CE <input type="checkbox"/> | Coupon SPORT <input type="checkbox"/> |
| Règlement : <input type="checkbox"/> 1 ou 3 chèques à l'ordre de : GV Fonbeauzard – Montants définis par l'association (Cf. Tarifs 2023/2024)<br>Encaissables les 1 <sup>er</sup> octobre 2023 / 1 <sup>er</sup> novembre 2023 / 1 <sup>er</sup> décembre 2023 |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Espèces   |   |                                       |

|   |  |
|---|--|
| <b>4 – PIECES à JOINDRE pour DOSSIER COMPLET</b>  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Photo pour nouvel adhérent   | <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du Questionnaire de santé au verso                         |
| <input type="checkbox"/> Questionnaire de santé + attestation signée (au dos) ou Certificat Médical si pb |  |
| <input type="checkbox"/> 3 enveloppes timbrées et libellées à votre adresse                               | <input type="checkbox"/> SINON, je joins le certificat médical attestant qu'il n'y a pas de contre-indication à la discipline précisée |
| <input type="checkbox"/> Paiement de la cotisation (Cf. Tarifs 2023/2024)                                 |  |

|   |
|---|
| <b>5 – Règlement intérieur /Droit à l'image</b>   |
| En adhérant à l'association,<br>- je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.<br>- j'autorise l'utilisation de mon image lors des activités gymniques à des fins de communication |
| <b>Signature</b>  |

# Questionnaire de santé EPGV pour le sportif majeur

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Beaucoup de personnes devraient augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien, et ce tous les jours de la semaine. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.

Ce questionnaire vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

| S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions:<br>cochez Oui ou Non   | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 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"/> |
| <b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>   |                          |                          |

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.
- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

## ATTESTATION EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE À LA FFEPGV

Je soussigné M/Mme : ....., né(e) le..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

A ....., le ...../...../.....

Signature