



Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance: .....

Adresse : .....

Tel portable (ou domicile à défaut) : .....

Adresse email (lisible) : .....

*Votre adresse email sert à vous informer des événements de l'association et/ou de la fédération Sport en Milieu Rural. Elle servira également à vous transmettre informatiquement votre licence.*

Renseignements médicaux particuliers : .....

**Cocher les activités pratiquées :**

- |                                                                    |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gym Cardio – Lundi 18h30 à 19h30          | <input type="checkbox"/> Gym-Trampoline - Mercredi        |
| <input type="checkbox"/> Gym Santé – Mardi 17h45 à 18h45           | <input type="checkbox"/> Gym Douce Mardi 14h20 à 15h20    |
| <input type="checkbox"/> Badminton – Lundi et Jeudi 18h00 à 21h00  | <input type="checkbox"/> Qi Qong – Mercredi 19h15 à 20h15 |
| <input type="checkbox"/> Marche- Mardi 9h à 12h                    | <input type="checkbox"/> Musculation en accès libre       |
| <input type="checkbox"/> Yang Sheng Taiji – Mercredi 20h30 à 21h30 |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Handball Loisir– Mardi 19h30 à 21h00      |                                                           |

Le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive **n'est plus obligatoire SAUF** si vous répondez **OUI** à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé pour adulte ci-joint.

**Merci de nous signaler tout changement de situation en cours de saison**

**PHOTOS :** J'autorise la prise et la publication de photos sur le site du club, sur des prospectus, des affiches, ou publications municipales :  OUI  NON

**Règlement par**

- chèque à l'ordre de SLA (possibilité de faire 3 chèques 40%, 30%, 30%)
- chèque ANCV\_Sport ou up Sport
- IBAN pour paiement par virement : FR 76 1120 6000 0354 2223 1289 249 AGRIFRPP812

**Tarif :** voir la plaquette 2024-2025.

**Le tarif est fonction de l'activité pratiquée. Il inclut l'adhésion individuelle à la fédération sportive SMR, les frais de fonctionnement de l'association, les frais d'animation de l'activité.**

**Cadre réservé à l'association**

Adhésion/licence loisir	Activité 1	Activité 2	Activité 3	TOTAL	Attest. santé	CM 2021	PASS SANITAIRE >12ans
15€							

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS (v.1)

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE A LA FNSMR HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES\*

*Après une longue période d'arrêt, il est conseillé de demander l'accord de votre médecin pour reprendre une activité sportive.*

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR 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) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 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"/>
4) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée avant 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**VOUS AVEZ RÉPONDU "NON"** à toutes les questions : veuillez remettre l'attestation ci-après à votre association lors de votre demande de licence (ne pas joindre le questionnaire de santé)

**VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI"** à au moins une des questions : veuillez consulter votre médecin pour qu'il vous examine et vous remette le cas échéant un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive

\* **Discipline à contraintes particulières** : Alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie ; disciplines sportives pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O ; 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 aéronautiques pratiquées en compétition (à l'exception de l'aéromodélisme) ; parachutisme ; rugby à XV, rugby à XIII et rugby à VII.

Pour la pratique de ces activités, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive est obligatoire tous les ans.



### Attestation santé pour les majeurs (à remettre à son association)

Je soussigné M/Mme Prénom : ..... Nom : .....

atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé pour les majeurs FNSMR et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : ..... Signature :