



ASSOCIATION

GYMNASTIQUE VOLONTAIRE UNVERRE

BULLETIN INDIVIDUEL D'INSCRIPTION - SAISON 2023-2024

Cours de Gymnastique enfants

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

NOM (majuscules) : Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Ville : Code postal :

Tél fixe parents : Tél mobile :

Adresse mail :

Planning des cours à cocher	Tarif annuel	Remise 2 enfants : - 5€ / enfant Gym <input type="checkbox"/>
Unverre Salle des Fêtes		Pass'Sport <input type="checkbox"/>
		Montant à payer <input type="text"/>
Mardi 18h30 - 20h00 Gym enfants <input type="checkbox"/>	135 €	Chèque vacances/coupon sport <input type="checkbox"/>
		ANCV (e chèque pas accepté) <input type="checkbox"/>
		Chèque libellé à GV UNVERRE <input type="checkbox"/>
		Espèces <input type="checkbox"/>
		Paiement fractionné /chèques d'avance <input type="checkbox"/>

COMPLEMENT D'INFORMATIONS ET ELEMENTS A RENSEIGNER



Le tarif des adhésions est inférieur au coût réel grâce aux subventions des mairies et du Plan Sportif Fédéral.

N° de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident :

Licence / Assurance Conformément à l'article L. 321-1 du Code du sport, la FFEPGV a conclu un contrat d'assurance (avec la MAIF) qui couvre les associations et les adhérents pour l'ensemble des activités mises en œuvre du 1^{er} septembre 2023 au 31 août 2024.

Prise en charge partielle des adhésions par de nombreuses mutuelles : Renseignez - vous. Une attestation d'inscription vous sera remise sur demande à réception de votre cotisation.

Remise parrainage nouvel adhérent : En cas de parrainage, le parrain bénéficiera d'une remise de 10 € : Nom du parrain :

Refus du droit à l'image cochez la case

- Je n'autorise pas l'Association Gymnastique Volontaire Unverre à photographier ni filmer mon enfant dans le cadre des différents évènements que celle-ci organise. De ce fait je m'engage à le sortir du champ de prises de vues lors des séances photographiques ou vidéos.

Questionnaire santé ou certificat médical

- Je fournis le « volet à remettre à l'association » relatif à l'état de santé du sportif mineur si toutes les réponses du questionnaire joint sont négatives. (Le certificat médical n'est alors plus obligatoire).
- Si mon questionnaire santé comporte 1 ou plusieurs OUI, je fournis un certificat médical datant de moins de 6 mois

Les inscriptions, règlements et Pass'Sport devront nous parvenir avant le 15/10/2023

Je reconnais et accepte que, par le seul fait de m'inscrire, je m'engage à me soumettre à l'ensemble des dispositions du règlement de cette association.

Fait à : _____ le ____ / ____ / ____

Signature :

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Volet à conserver par le responsable légal du licencié mineur

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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
1) Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 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"/>
8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) 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)		
13) Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) 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		
19) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
22) 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"/>
23) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) 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.		

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

www.ffepgv.fr

Fédération Française d'Éducation Physique et de Gymnastique Volontaire

46/48 rue de Lagny, 93100 Montreuil

SIRET : 302 981 386 000 89

NACE : 9312Z

Tél. 01 41 72 26 00

Fax : 01 41 72 26 04

Email : contact@ffepgv.fr



QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (Nom, prénom) représentant légal de l'adhérent mineur..... (nom et prénom de l'enfant) atteste que mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021, pour la saison sportive/..... au club EPGV : (Nom du club à compléter).

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

Signature du sportif mineur

Signature du représentant légal

