

FICHE D'INSCRIPTION

"SPORT ANIM" 2025-2026

Informations personnelles

NOM : _____

Date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____

Sexe : H / F

Lieu d'habitation :



Saint Chamond

Hors Saint Chamond

Quartier : _____

Ville : _____

Téléphone fixe : ____/____/____/____/____



Mail : _____@_____

Portable : ____/____/____/____/____

*Les informations sur les animations seront transmises uniquement par mail

Personne à prévenir en cas d'accident (obligatoire)

NOM : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

Prénom : _____

Activité sportive

Etes-vous licencié dans une association sportive ? Oui / Non

Activité pratiquée avec Sport'Anim en 2024-2025 ? Oui / Non

Si oui, laquelle ? : _____

Où ? : _____

Cadre réservé à l'administration

Activité validée : _____

Période (le cas échéant) : Période 1 : du 15 septembre au 5 décembre

Période 2 : du 8 décembre au 20 mars

Période 3 : du 23 mars au 19 juin

Pièces à remettre obligatoirement le jour de l'inscription

Questionnaire de santé (OBLIGATOIRE)

Photo d'identité

Justificatif de lien avec la Ville : Domicile

Travail

Certificat de scolarité d'un enfant

Justificatif d'assurance responsabilité civile :

Mode de règlement de la cotisation : Chèque

Chèques vacances

Espèces

Coupons sport

CB

Je déclare avoir lu et accepté le règlement intérieur des animations municipales et m'engage à m'y conformer (règlement consultable en scannant le QR Code ci-dessous)

Date, Signature



Questionnaire de santé « QS – SPORT »

NOM :

Prénom :

Activité :

Jour :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		OUI	NON
Durant les 12 derniers mois			
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>	
A 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 de l'adhérent*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions:

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, selon les modalités prévues, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Fait à : Date :

Signature :