

**FICHE D'INSCRIPTION**

**"SPORT ANIM" 2026-2027**

**Informations personnelles :**

NOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : ☐ H / ☐ F

Adresse : \_\_\_\_\_



☐ Saint Chamond

☐ Autre (préciser) : \_\_\_\_\_



Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

\*Les informations sur les animations seront transmises uniquement par mail

**Personne à prévenir en cas d'accident (obligatoire) :**

NOM : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

**Cadre réservé à l'administration :**

Activité validée : ..... Jour : .....Heure : .....

Lieu : .....



**\*Attention, nouveau fonctionnement de l'Aquaretraite !**

**Une seule séance par semaine est possible, uniquement sur le jour et le créneau choisi lors de l'inscription.**

**La participation à d'autres activités reste autorisée aux mêmes conditions que précédemment.**

Activité périodique (le cas échéant) :

- ☐ Période 1 : du 14 septembre au 4 décembre  
☐ Période 2 : du 7 décembre au 19 mars  
☐ Période 3 : du 22 mars au 18 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 : ☐ CB

☐ Chèques vacances

☐ Espèces

☐ Coupons sport

☐ **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 et 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                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>À ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 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"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent</i>                                                                                                                                    |                          |                          |

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions**

**Pas de certificat médical à fournir.** Simplement attestez, 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 :