

Association Loi 1901 Label sport Santé n°44155

Contact : 06.69.14.74.77

E-mail : aspttlaubaule@gmail.com

Site internet : <https://labaule.asptt.com>

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2023-2024

NOM : **PRENOM** :

Date de naissance :

Tel. Portable : Tel. Fixe :

Adresse actuelle :

C.P. Commune :

Adresse e-mail :

Certificat médical obligatoire, valable trois ans, délivré le

Si vous avez déjà remis ce certificat médical, vous confirmez que votre santé n'a pas présenté d'évolution par rapport au document remis et que vous répondez « non » à toutes les questions du questionnaire santé qui vous est soumis lors de cette inscription.

Déjà remis pour 2023-24 : OUI / NON (A remettre en début de votre pratique)

VOTRE CHOIX D'ACTIVITE(S)

1ere activité : Jour : Montant Euros

2ème activité : Jour : Montant Euros

3ème activité : Jour : Montant Euros

Pour un COUPLE

1ere activité : Jour : Montant Euros

2ème activité : Jour : Montant Euros

- J'ai bien pris connaissance de tous les éléments du bulletin d'adhésion de la FS ASPTT
- Je règle mon paiement lors de mon inscription

En cas de désaccord concernant l'assurance fédérale ASPTT, veuillez consulter et éditer le document de la page suivante à remplir selon vos choix et le joindre impérativement à cette fiche d'inscription pour la saison 2023-24

Signature(s) : Date de votre inscription :

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

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

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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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