



DOSSIER D'INSCRIPTION FITNESS 2019-2020

<u>Activité choisie</u>	<u>Tarif</u>
<input type="checkbox"/> 1 fois par semaine	219 €
<input type="checkbox"/> 2 fois par semaine	269 €

A fournir :

Dossier d'inscription complété
Certificat médical ou questionnaire de santé selon le cas
(obligatoire avant le premier cours)
1 enveloppe timbrée
1 photo d'identité

Documents à remettre avant la reprise des cours

NOM : PRENOM :

Date de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

Adresse email de contact :

Nom de la personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident :

CONFORMITE REGLEMENT EUROPEEN SUR LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données de la fiche d'inscription sont recueillies avec votre accord en vue de tenir à jour notre fichier d'adhérents et recevoir les communications en rapport avec la vie du club.

Responsable du traitement : Alexandre Fradagrada alexandre.fradagrada@gmail.com

Destinataires des données : Président du CAL gymnastique

Les membres du bureau ont accès à la liste des adhérents.

Droit d'accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles, en vigueur depuis le 25/05/2018, avoir accès aux données vous concernant ; vous pouvez demander leur rectification et leur suppression.

Ces démarches s'effectuent auprès de Alexandre Fradagrada alexandre.fradagrada@gmail.com

Conservation des données : les données sont conservées jusqu'à un an après la fin de votre adhésion.

Transmission des données à un tiers : pas de transmission.

Acceptez-vous que vos données personnelles soient recueillies et conservées en vue de tenir à jour notre fichier adhérent (merci de cocher la case oui ou non) OUI NON

Date et signature :



DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)
autorise l'Association CAL gymnastique à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents évènements ou activités que l'Association organise.
J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'Association, notamment sur le site internet et Facebook de l'Association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'Association.
En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre du CAL gymnastique qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité. En contrepartie le CAL gymnastique s'engage à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.

Date et signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Ce questionnaire de santé peut être utilisé alternativement **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
① Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicable ?		
② Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
③ Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
④ Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
⑥ Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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 ?		
⑧ Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
⑨ Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Attention : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou du représentant légal s'il est mineur.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : certificat médical obligatoire

Je soussigné (Nom/Prénom)

Parent/représentant légal de l'enfant (pour les mineurs) :

Licence n° :

Club : CAL gymnastique

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma/sa demande de licence à la FFG pour la saison 2019/2020

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le/...../.....

Signature :