



GV LANDERNEAU

GV LANDERNEAU

GYMNASTIQUE VOLONTAIRE MASCULINE

MARCHE NORDIQUE MIXTE

Saison 2020-2021

Réinscription Inscription

Vous souhaitez participer à l'activité Gymnastique Masculine Marche Nordique

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – LICENCE 2020-2021

Melle Mme Mr Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Ville _____

Adresse _____ C. Postal _____ Ville _____

N° tél _____ Adresse mail (précise et bien écrite) _____ @ _____

Information : l'association GV LANDERNEAU se réserve le droit d'utiliser les photos prises lors des séances ou temps forts qu'elle organise, si l'adhérent n'a pas indiqué son refus par écrit.

GYM : Merci d'indiquer les cours (n° séance) auxquels vous souhaitez participer par ORDRE DE PRIORITÉ :

Information indispensable pour l'organisation des séances liée aux contraintes sanitaires et la jauge de fréquentation des salles

Choix n°1 :

Choix n°3 :

Choix n°2 :

Choix n°4 :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive.

Si vous répondez oui à au moins 1 de ces questions, veuillez fournir un nouveau certificat médical

Durant les douze derniers mois :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1- Un membre de famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicquée ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4- Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5- Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

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"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 8- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 9- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Nb : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Art D.231-13 Sous réserve des dispositions de l'article D.231-1-1-4 et D.231-1-15 la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication est exigée tous les 3 ans.

Date : _____

Signature de l'adhérent(e) _____