



ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique

**Votre photo
d'identité**

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2025 - 26

FICHE IDENTITE

NOM ET PRENOM :

Date de Naissance :/...../.....

Adresse :

CP : **Ville :**

☎ : **e-mail, @ :** (obligatoire)

COTISATIONS :

☐ Parcours Training lundi 20h15: **150 €**

☐ Pilates adulte lundi 18h15: **150 €**

☐ Pilates adulte lundi 19h15: **150 €**

☐ Gym adulte agrès : **150 €**

☐ Pilates senior débutant : **150 €**

☐ Pilates senior intermédiaire : **150 €**

☐ Stretching lundi 10h30 **150 €**

☐ Renfo adapté lundi 9h45 **150 €**

En cas d'inscriptions à plusieurs activités adultes : -20€ si 2 activités et -50 € si 3 activités

REGLEMENT : (NBRE).....**CHEQUES**

CHQ 1 : NUM.....(ENCAISSE EN SEPT)

CHQ 2 : NUM.....(ENCAISSE EN OCT)

CHQ 3 : NUM.....(ENCAISSE EN NOV)

chèques libellés à l'ordre « les Cigales Gymnastique ».

LA COTISATION DOIT ETRE REGLEE IMPERATIVEMENT PAR CHEQUE, PAS DE PAIEMENT EN ESPECES NI EN CHEQUE VACANCES.

INFORMATIONS MEDICALES :

En cas d'accident prévenir : Mr ou Mme :

N° Sécurité Sociale : ☎ :

En cas de problèmes particuliers (allergies ...), veuillez les noter ci-dessous :

DOCUMENTS A FOURNIR :

☐ FICHE IDENTITE

☐ LA COTISATION

☐ INFORMATIONS MEDICALES

☐ CERTIFICAT MEDICAL* OU QUESTIONNAIRE DE SANTE

*Certificat obligatoire à compter du 1^{er} octobre

**DOSSIER COMPLET A REMETTRE AVANT FIN JUIN A L'ENTRAINEUR OU
LE 27/06/2025 A LA PERMANENCE POUR LES INSCRIPTIONS DE 17H30 A 19H30
OU LE 26/08/2025 DE 18H30 A 19H30**

UNE REUNION D'INFORMATION LE 17/09/2025 A 20H00



ROCHEFORT SUR LOIRE "Les Cigales" Gymnastique



CERTIFICAT MEDICAL OU QUESTIONNAIRE DE SANTE :

- ☐ Votre certificat Médical date de plus de 3 ans ou vous êtes nouvel inscrit :
⇒ **Vous devez fournir un nouveau certificat daté de - 3 mois au 01/09/2025**
- ☐ Votre certificat Médical date de moins de 3 ans
⇒ **Compléter le questionnaire ci-dessous et compléter l'attestation**

Questionnaire de santé pour la pratique sportive 2025-2026

Nom, Prénom :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	oui	non
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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) ?		
À 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 ?		

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)

✂-----

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive

Je, soussigné,

Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence pour la saison 2025-2026.

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le Signature