



ENTENTE SPORTIVE CHELLOISE

DEMANDE D'ADHESION 2024 – 2025

Je soussigné Mr, Mme.....

Adresse.....

N° TéléphoneEmail :.....

M'engage à pratiquer une activité multisports à l'Entente Sportive Chelloise.

A la Chapelle des Fougeretz, le.....

Bon pour accord (manuscrit)

Signature de l'adhérent

✕.....

Remplir cette demande et adresser à:

**PASCAL LEBASTARD
14 RUE DU CHENE AMOUREUX
35520 LA CHAPELLE DES FOUGERETZ:**

- **Assurances et règlement intérieur**
- **Le Certificat Médical**
- **Le règlement de l'adhésion de 90€**

Assurances et règlement intérieur

Je soussigné(e).....déclare avoir pris connaissance

▶ De la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher l'une des deux cases)

- Je déclare de souscrire aux garanties individuelles complémentaire et m'engage à remplir la demande
- Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées

▶ déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur

▶ autorise l'association à diffuser les photos sur les documents sportifs ou communaux.

Les informations portées sur ce document font l'objet d'un traitement informatique conformément à la loi n° 78-17 du 6/01/1978 relative « à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » qui peut amener des sollicitations commerciales, sauf oppositions de la part du signataire.

J'aviserai par écrit le responsable de tout changement au cours de l'année

Signature de l'adhérent

CERTIFICAT MEDICAL ou QUESTIONNAIRE SANTE

Je soussigné, Dr(1).certifie que.....(2)

- ne présente aucune contre indication

Date de l'examen :...../...../.....

-à la pratique du multisport

Signature et cachet (1)

Date de la dernière visite médicale :

(1) Obligatoire. (2) nom, prénom du licencié



ENTENTE SPORTIVE CHAPELLOISE

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Durant les 12 derniers mois

	OUI	NON
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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