



# ENTENTE SPORTIVE CHELLOISE

## DEMANDE D'ADHESION 2023 – 2024

Je soussigné Mr, Mme.....

Adresse.....

N° Téléphone .....Email :.....

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"/>
<b>A ce jour</b>	<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.