**UNION SPORTIVE DE REVONNAS**

**FICHE D'INSCRIPTION 2017-2018** *section : BASKET MASCULIN ADULTE (lundi)*

**\*1-**Nom:……………………………………………………..............…Prénom :................................................................................................

Tél. dom.: ................................... Tél. port.: ..……………………….....email :……………….........…………..........……….......

Adresse : ....................................................................................................C.P. :.............................Ville :.................................................

Adhésion couple : Conjoint(e) :

**\*2-**Nom:……………………………………………………..............…Prénom :................................................................................................

Tél. dom.: ................................... Tél. port.: ..……………………….....email :……………….........…………..........……….......

Personne à prévenir en cas d'urgence: ............................................................................................................... ....................... …….

Tél. dom.:..........................................Tél. port.:............................................ email :.............................................................................

Paiement cotisation. Couple :26€ Individuel : 16€ Famille :……….€ chèque :  espèce : 

 autorise l'U.S.R. à prendre des photos et à me filmer à l'occasion des activités sportives ou associatives auxquelles

 je participe et autorise leur publication dans les bulletins d’information, de publicité et les rétrospectives de photos du club.

Autorise les encadrants et dirigeants du club à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident et à faire appel aux services d’urgence en cas de nécessité.

L'adhésion à l'USR implique l'approbation des Statuts du Club et l’engagement à connaître et respecter son Règlement Intérieur affiché à l’entrée de la salle polyvalente ou consultable sur le site internet.

Les informations contenues dans cette fiche d'inscription sont susceptibles d'être informatisées conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Le signataire de la présente dispose d'un droit d'accès et de rectification sur ce fichier pour ce qui le concerne.

*Date ; Signature(s) :*

\*\*Certificat médical : nouvelles dispositions

-Si c’est une première adhésion un certificat de non contre-indication à la pratique de la discipline doit être fourni

-Si vous renouvelez votre adhésion et aviez fourni un C.M. la saison précédente, celui-ci est valable 3 ans mais vous devez remplir le

 « Questionnaire de santé “ QS-SPORT ”  comme spécifié dans l’arrêté du 20 avril 2017 du ministre de la ville de la jeunesse et des sports.

 « Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion.

« Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

 « Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. »

**J’atteste avoir pris connaissance du Questionnaire Santé ci-dessous et remplir les conditions pour ne pas avoir à fournir un certificat médical pour cette saison 2017-2018.**

****

*Signatures :* ***\*1****:*  ***\*2 :***

**QS-sport à compléter et donner à votre médecin si nécessaire**.

|  |  |
| --- | --- |
| **\*1** | **\*2** |
| RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS | OUI | NON | 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) ?  | □ | □ | □ | □ |  |
|  **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 ?  | □ | □ | □ | □ |  |
|  **NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l’adhérent qui atteste de leurs sincérités** |  |  |  |  |  |