

UNION SPORTIVE DE REVONNAS

FICHE D'INSCRIPTION 2019-2020

SECTION : TENNIS DE TABLE

*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 : 30 € Individuel : 20 € Mineur : 10 € Famille : 5€ par enfant supplémentaire.....€ chèque : espèce :

A remplir en cas d'Adhérent mineur :

*3-Nom, Prénom de l'Enfant :.....Date de naissance :.....

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné (e),(Père, Mère, Responsable légal).....

autorise à quitter seul le lieu d'entraînement sous ma responsabilité.

n'autorise pas à quitter seul le lieu d'entraînement et m'engage à être présent à la fin de la séance pour le récupérer ou à avoir donné délégation à une personne connue des encadrants de la section.

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

Je (il,elle), 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 2019-2020.

Signatures : *1 : *2 : *3- (Représentant légal).....

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

| RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS : | *1 | | *2 | | *3 | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | OUI | NON | OUI | NON | OUI | NON |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent qui atteste de leurs sincérités | | | | | | |