



**SAISON
2018/2019**

Etat du dossier :

Remarques :

Enregistré le :	Complet le :
-----------------	--------------

GYMNASTE 1 : licence n° : 28027.033.

Certificat médical (date de délivrance) :

Nom : Prénom : Date de naissance : .../.../..... F / M

N° de portable Email :@.....

COURS : Tarif : baby / loisir / perf 1 / perf 2

GYMNASTE 2 : licence n° : 28027.033.

Certificat médical (date de délivrance) :

Nom : Prénom : Date de naissance : .../.../..... F / M

N° de portable Email :@.....

COURS : Tarif : baby / loisir / perf 1 / perf 2

GYMNASTE 3 : licence n° : 28027.033.

Certificat médical (date de délivrance) :

Nom : Prénom : Date de naissance : .../.../..... F / M

N° de portable Email :@.....

COURS : Tarif : baby / loisir / perf 1 / perf 2

Le(s) gymnaste(s) bénéficie(nt) de la sécurité sociale : oui non ; d'une mutuelle : oui non si oui laquelle :

Adresse du (des) gymnaste(s) :

Code postal : Ville :

Chez : parents mère père autres :

Nom de la mère : **Prénom** :

N° de portable : **email** :

Nom du père : **Prénom** :

N° de portable : **email** :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE si différent des parents :

Nom : N° portable :

POUR LES MINEURS :

Je soussigné(e),

père / mère / tuteur de a pris connaissance que l'Avenir Ebroïcien et/ou son représentant est habilité :

- à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident,

- à utiliser les images de groupe prises à l'occasion d'entraînements, de compétitions et autres manifestations sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître.

Date et signature de l'adhérent ou de son représentant légal précédée de la mention « lu et approuvé »

Le/...../.....



Règlement : **Nb de licenciés** : **Montant total pour la famille** :€

espèces : date : montant :€

chèques vacances date : montant :€

chèque(s) date : de€ +€ +€ +€ +€

Banque : n° de chq :

Questionnaire de santé pour renouvellement de licence.

Quand l'utiliser? Le questionnaire est à utiliser **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

	Gym 1		Gym 2		Gym 3	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
Durant les douze derniers mois :						
① Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicable ?						
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						

Attention : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou de son représentant légal s'il est mineur.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions : ⇒ Attestation ci-après à fournir à votre club, pour les saisons concernées – Pas de certificat médical.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : ⇒ Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence.

Attestation

Je soussigné : Nom..... Prénom.....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison 2018 / 2019 et atteste avoir répondu NON à toutes les questions pour moi-même ou pour l'(les) enfant(s)

Fait à Evreux, le :

Signature :