Office Intercommunal des Sports des Duyes et Bléone

DANSE MODERNE ADULTES
Saison 2019/2020

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone : **Portable :**

Mail (obligatoire) :

Pièces à fournir obligatoirement :

(_) 1 certificat médical ou un 1 questionnaire de santé en cas de réinscription
(_) Ce bulletin d'adhésion complété,
(_) La totalité de la cotisation annuelle (payable en 1, 2 ou 3 chèques).

Tarifs : □ Adultes : 150 €

Mode de paiement (cocher l'option choisie) :

Espèces [] 1 chèque [] 2 chèques [] 3 chèques [] Chèques Vacances []

NB : Les dossiers d'inscription incomplets ne seront pas acceptés.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
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 du licencié.*		

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.

Nom :

Prénom :

Date : Signature

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur…….

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom : …….

et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive de compétition, d'entrainement et d'entretien pour les activités suivantes (cocher les cases) :

☐
☐ Danse, Danse sportive, Zumba
☐ Course hors stade, Athlétisme,
☐ Tennis, Badminton
☐ Football, Sports Collectifs
☐ VTT, Cyclisme,
☐ Triathlon, Duathlon, Biathlon, Bike & Run,
☐ Gymnastique d'entretien,
☐ Eveil corporel,
☐ Sophrologie,
☐ Arts du cirque,
☐ Canyoning,
☐ Ecole du sport, activités multisports,
☐ Escalade, Accrobranche,
☐ Epreuves combinées / Raid multi-activités,
☐ Natation,
☐ Patinage sur glace,
☐ Judo, Jujitsu,
☐ Canoë-Kayak,
☐ Voile,
☐ Ski alpin, Ski de fond, Ski de randonnée, Biathlon, Raquettes à neige, Surf et autres activités neige.

Date de l'examen médical :

Cachet professionnel

Signature :