

# BULLETIN D'INSCRIPTION MULTISPORTS ADULTE

Année 2024 – 2025

Vendredi de 18h45 à 19h30



Première inscription

Renouvellement

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Email : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse : .....

Contact en cas d'urgence : ..... Téléphone : .....

## AUTORISATIONS

### EN CAS D'ACCIDENT

Hôpital ou clinique de référence : .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire.

J'autorise  Je n'autorise pas

le responsable à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale...) rendue nécessaire par mon état.

### POUR LE DROIT À L'IMAGE

J'autorise  Je n'autorise pas

L'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des supports de communication print ou web de la ville de Mormant à titre gracieux.

Je dégage la direction de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels lors de l'activité.

**Date et signature** pour l'ensemble des autorisations (En cas d'accident et pour le droit à l'image), précédé de la mention « *lu et approuvé, bon pour accord* »

## PIÈCES À FOURNIR

- Cette fiche d'inscription remplie
- Le questionnaire médical d'aptitude à la pratique de l'activité physique et sportive
- Votre attestation d'assurance
- La cotisation annuelle :
  - 50€ pour les Mormantais
  - 75€ pour les extérieurs

### **INFORMATION**

*L'activité est maintenue sous réserve d'un minimum de 8 participants.*

*Si le groupe en cours d'année diminue en dessous de ce seuil, le service Jeunesse et Sports se réserve le droit de suspendre l'activité.*



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL



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

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON\* (rayer la mention inutile)

## DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?                                    | OUI | NON |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, une essoufflement inhabituel ou un malaise ?              | OUI | NON |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  | OUI | NON |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | OUI | NON |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | OUI | NON |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?             | OUI | NON |

## 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...) | OUI | NON |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | OUI | NON |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | OUI | NON |

**\*NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ  
OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE LÉGALE DU LICENCIÉ**

### ***Si vous avez répondu NON à toutes les questions :***

Pas de certificat médical à fournir, attestez simplement (ci-dessous) avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de réinscription.

### ***Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :***

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

## ATTESTATION

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom) .....  
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

## POUR LES MINEURS

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom) .....  
en ma qualité de représentant légal de (Prénom - Nom) .....  
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

**Date et signature du responsable légal :**