



CLUB DES SPORTS GENDARMERIE DE LA SAVOIE

QUARTIER LASALLE – 358 RUE DE GONRAT – 73000 BASSENS

Tél. : 04.79.26.88.10.

Courriel : clubdessportsgendarmeriesavoie@gmail.com

FICHE D'INSCRIPTION saison 2018-2019

PHOTO

Civilité : et/ou grade :
NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Adresse :
Code postal : Ville :
N° de Téléphone PORTABLE :/...../...../...../..... FIXE :/...../...../.....
Courriel :@..... (A remplir obligatoirement pour réception licence et infos)
Pour les civils: Année de la première inscription au club :
Nom du Parrain : (OBLIGATOIRE pour les nouveaux adhérents)

CATEGORIE 1 : MILITAIRES et CIVILS DE LA DÉFENSE; Gendarmes adjoints ; Retraités de la Défense ; Réservistes ; Policiers; **ENCADRANTS MONTAGNE (CIVILS ET MILITAIRES)** et leurs conjoints et descendants proches.
CATEGORIE 2 : ENFANTS DE MOINS DE 16 ans (sauf pour la section Gym Form'Fitness)
CATEGORIE 3 : CIVILS extérieurs à la Défense.

SECTIONS DU CLUB

	CATEGORIE 1	CATEGORIE 2	CATEGORIE 3	PRIX A REGLER
ADHESION AU CLUB + ADHESION A LA F.C.D. (par personne)	40,00 €	40,00 €	50,00 €	
LICENCE HANDISPORT	0,00 €	0,00 €	0,00 €	
				+
ADHESIONS SECTIONS :				
MUSCULATION	40,00 €	Non accessible	70,00 €	
SKI – ENFANTS pour COURS DU MERCREDI	Non accessible	210,00 €	Non accessible	
CYCLISME	20,00 €	Non accessible	40,00 €	
COURSE A PIED/TRAIL	10,00 €	Non accessible	20,00 €	
GYM FORM'FITNESS (à partir de 15 ans)	30,00 €	Non accessible	1 PERS 60,00 € 2 PERS 80,00 € 3 PERS 120,00 €	
GYM ENFANTS handi/valides (à partir de 3 ans)	Non accessible	1 enfant 20,00 € 2 enfants 30,00 € 3 enfants 40,00 €	Non accessible	
GYM HANDISPORT	20,00 €	20,00 €	10,00 €	

Merci de me fournir une **ATTESTATION DE PAIEMENT** pour remboursement par mon Comité d'Entreprise

TOTAL €

RÉGLÉ LE : / /201	ESPÈCES :	CHÈQUE :	N°.....Banque :	Chèques-vacances : ou coupon sport :
-------------------	-----------	----------	-----------------------	---

JOINDRE OBLIGATOIREMENT : LE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE INDICATION, copie pièce d'identité et carte grise **POUR LES NOUVEAUX LICENCIÉS**, (Attention, pour les anciens adhérents : Certificat Médical à renouveler au bout de 3 ans – 1 an pour handisport) ET LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (recto de la fiche d'inscription) ; LA PHOTO ; LE RÈGLEMENT

- Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux secrétariats de l'association et de la Fédération des clubs de la Défense.
- En application de l'article 34 de la loi du 06 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous voulez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, vous pouvez vous adresser au CSG-S.
- Je reconnais avoir été informé que la FCD me propose une assurance complémentaire par la GMF ; et que la BFM octroi des avantages aux adhérents du club.
- J'AI LU ET ACCEPTÉ LES CONDITIONS DES RÈGLEMENTS DES SECTIONS AUXQUELLES J'ADHÈRE.

DATE ET SIGNATURE

MERCI DE REMPLIR L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS DEMANDÉES.
TOUTE DEMANDE NON CONFORME OU INCOMPLÈTE SERA RETOURNÉE.
ATTENTION : ORDRE DU CHÈQUE = club des sports gendarmerie de la Savoie.
Certificat médical valable 3 ans (Décret n°2016-1157 du 24/08/16)
sauf pour Handisport : valable 1 an



RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE

QUESTIONNAIRE 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		
<u>Durant les douze derniers mois :</u>	OUI	NON
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<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"/>
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>À ce jour :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 dans les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<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"/>
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or - CS 40 300 - 94114 ARCUEIL Cedex
Téléphone : 01 79 86 34 89 - PNIA : 821 947 34 89 - Télécopie : 01 79 86 34 84

www.lafederationdefense.fr

Agrément n° MJSK0470226A (JO du 20 novembre 2004) du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative

Reconnue d'utilité publique par l'ordonnance n° 2015-904 du 23 juillet 2015
Membre du comité national olympique et sportif français

INFOS SANTE spécifiques



Pour adapter nos séances aux possibilités de chacun, pour votre bien-être, et surtout pour éviter tout accident,

merci de bien vouloir répondre à ce petit questionnaire :

(vous pouvez éventuellement faire remplir par votre médecin ou kiné la partie des recommandations médicales particulières...)

NOM/Prénom

Date de Naissance

Etes vous atteint d'un handicap ?..... Lequel ?

Certains mouvements vous sont-ils particulièrement douloureux, lesquels ?
.....

Avez-vous déjà eu des problèmes de dos, de genoux, cardiaques, de tensions, musculaires, articulaires, essoufflement, palpitations, maladies, chirurgies ou autres ? lesquels ?
.....
.....

Récemment ? quand ?.....

Avez-vous accouché il y a moins de 2 ans ?Quand ?.....

Pratiquez-vous d'autres sports actuellement ? Lesquels ?
.....

Combien de fois/semaine ?à quel niveau ?.....

Le.....

Signature

Recommandations et Consignes médicales particulières du kiné et/ou médecin :

(attention cette fiche est en complément du certificat médical officiel, mais ne le remplace en aucun cas)

Signature et cachet du médecin et/ou kiné :