



N° de carte :

## Saint-Avertin - Section : GYM'FORM Ré- Inscription 2025/2026

NOM : Prénom : Né(e) le

Adresse :

C.P. : Ville :

Téléphone :

Adresse mail :

Photo  
A scotcher  
ici  
pas d'agrafe  
merci  
copie acceptée

### Informations et tarif par personne

#### ADHERENT COMMUNE

Montant de la cotisation annuelle  115€

Chèque n° Banque :  
A l'ordre de SAS GYM'FORM

Carte bancaire :

Nom au dos du chèque si différent de l'Adhérent.

Souhaitez-vous une attestation pour votre CE ? oui

#### ADHERENT HORS COMMUNE

Montant de la cotisation annuelle  135€

Chèque n° Banque :  
A l'ordre de SAS GYM'FORM

Carte bancaire :

Nom au dos du chèque si différent de l'Adhérent.

Souhaitez-vous une attestation pour votre CE ? oui

### Questionnaire sport santé (Cerfa 15699-01)

Le certificat médical n'est plus obligatoire si :

Je certifie avoir répondu négativement à toutes les questions du formulaire santé joint : oui :

OU Non  Je joins la copie du certificat médical : daté du : .....

### Assurance individuelle accident

Tout adhérent doit être assuré pour les éventuels dommages dont il serait responsable vis à vis d'un tiers.

TOUT ADHERENT NON LICENCIÉ bénéficie d'une assurance responsabilité civile MAIF incluse dans la cotisation.

Saint Avertin Sport, via son assureur MAIF, peut vous proposer une assurance individuelle complémentaire Sport en fonction de la pratique sportive. Souhaitez-vous souscrire une assurance perte de revenus ?  Oui  Non

### Droit à l'image

Vous acceptez l'utilisation du droit à l'image par l'association GYM-FORM' et l'utilisation de photos ou vidéos prises lors des activités (notamment : manifestations publiques, démonstrations, sorties, affiches publicitaires de l'association, presse, site internet et toutes publications internes ou externes). Cependant vous avez la possibilité de vous opposer à la diffusion de vos coordonnées personnelles par un courrier mentionnant ce refus.

### Signature du dossier

Je certifie exacte l'ensemble des informations fournies.

Date

Signature de l'Adhérent :

### Mentions légales

Saint-Avertin Sport, 31 rue Frédéric Joliot-Curie, 37550 SAINT AVERTIN Tél 02 47 27 82 10 / [contact@saint-avertin-sports.fr](mailto:contact@saint-avertin-sports.fr) / [www.saint-avertin-sport.fr](http://www.saint-avertin-sport.fr)  
Club affilié, Agrément ministériel DDIS n° 37-S-60 / N° SIRET 775 302 656 00027

RGPD : les données collectées le sont aux seules fins de bon fonctionnement du Saint Avertin Sports et de ses sections, de l'inscription des adhérents auprès des fédérations auxquelles la section est affiliée. Les données ne sont ni cédées, ni vendues à des tiers ayant pour objectif de les exploiter à des fins commerciales. Vous disposez d'un droit de regard, rectification de vos données personnelles. La signature du présent dossier vaut acceptations de ces conditions.

Cette fiche est personnelle ; vous devez la conserver !



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
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>		

#### **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.