



Saison 2025/2026

FICHE D'INSCRIPTION

CLIP PARTY



Nouvelle inscription ☐ / Réinscription ☐

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville:

Téléphone : Tel portable :

Mail :

- | | | |
|---|-------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clip Party de 8 à 12 ans | ¾ h = 110 € | Mardi de 17h30 à 18h15 |
| <input type="checkbox"/> Clip Party de 12 ans et plus | ¾ h = 110 € | Mardi de 18h30 à 19h15 |

☐ Chèque(s) Banque N° Chèque..... Montant €

(5 chèques possibles) Banque N° Chèque..... Montant €

Ordre : Attitudes Banque N° Chèque..... Montant €

Banque N° Chèque..... Montant€

Banque N° Chèque..... Montant€

☐ Espèces

☐ Autres (Pass'Loisirs de la CAF, coupons Sports, chèques vacances, Pass'Sport, YEP'S pour les 15-25 ans).....€

☐ Réduction pour un 2^{ème} licencié ATTITUDES (-10% sur la cotisation la moins élevée)€

☐ Souhaitez-vous une attestation de paiement ? oui non

☐ **Je souhaite souscrire à la LICENCE FFGYM facultative pour un montant de 60 €**

☐ Chèque : Banque : N° chèque :

Ordre : Attitudes (règlement par chèque à part / pas de règlement en coupons sport ou chèques vacances)

☐ Espèces

☐ **Je ne souhaite pas souscrire la licence FFGYM et j'atteste que mon enfant est assuré en responsabilité civile.**

Toute inscription est définitive et aucun remboursement ne sera effectué (sauf voir règlement intérieur).
Le licencié s'engage, à son inscription, avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'association

Date :

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTE 2025

- ☐ **Le certificat médical n'est plus obligatoire pour les mineurs** (sous réserve d'avoir répondu non à toutes les questions, sinon, il sera obligatoire)

Durant les 12 derniers mois :	OUI	NON
Un membre de votre famille est décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexpliquée ?		
Votre enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Votre enfant a-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Votre enfant a-t-il eu une perte de connaissance ?		
Si votre enfant a arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, a t'il repris le sport sans l'accord du médecin ?		
Votre enfant a-t-il débuté un traitement médical de longue durée ? (hors désensibilisation aux allergies)		
A ce jour :		
Votre enfant ressent-il une douleur, un manque de force ou une raideur suite à problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite etc.) survenu les 12 dernier mois ?		
La pratique sportive de votre enfant est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous que votre enfant a besoin d'un avis médical pour poursuivre sa pratique sportive ?		

- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :
 - **Pas de certificat médical**
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :
 - Le certificat médical est **obligatoire**

Attestation

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom

Représentant légal de l'enfant :

Licence N° Club : ATTITUDES

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence pour la saison 2024/25

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le...../...../.....

Signature :