



COB GYMNASTIQUE

Bulletin d'adhésion 2022

à remplir en majuscules svp



| | |
|--|---|
| Adhérent - NOM et prénom : | |
| Adresse complète : | |
| Date de naissance : | Profession : (des parents pour les mineurs) |
| Représentant légal (pour les mineurs) NOM et Prénom | |
| Tél domicile : | Tél portable : |
| E-mail de contact : | |

| | |
|---|--|
| TARIFS/pers. / saison (hors vacances scolaires, semaine Ascension et jours fériés, sauf stages/compétitions) Incluant adhésion COB, Licence-assurance FFGym Assurances : il vous est possible de souscrire des garanties complémentaires auprès de Groupama, assureur FFGym Reprise des cours : semaine du 12 septembre 2022 / 23 août 2022 pour groupes compétition | |
| TBaby (15-30 mois), Baby (30 mois-4a), Eveil (5-7a), Ec-Gym (7-9a) => renseigner jour ! | 175 € <input type="checkbox"/> |
| Loisirs (à partir de 10a) | 215 € <input type="checkbox"/> |
| Compétition Fédérale A / B ou Performance | 255 € <input type="checkbox"/> |
| Si plusieurs membres d'un même foyer | - 15 € / membre à partir du 2ème <input type="checkbox"/> |
| TOTAL COTISATION : | |

| | |
|---|--|
| REGLEMENT COTISATION La cotisation est à régler à l'inscription. Possibilité d'échelonner les encaissements (au plus tard jusqu'au 31/12). Le premier versement ne peut être inférieur à 70 €. | |
| Mode de règlement : <input type="checkbox"/> ANCV pour un montant de : <input type="checkbox"/> ticket CAF pour un montant de : <input type="checkbox"/> Pass Sport (ministère Sports) 50 € | <input type="checkbox"/> chèque-s* (ordre COB GYM) pour un montant de : (* mois d'encaissement à indiquer au verso des chèques) |
| Pour les Baby, Eveil et Ecole de Gym = choix du jour d'entraînement <input type="checkbox"/> mercredi <input type="checkbox"/> samedi | |
| Rappel : la présence d'un adulte référent est obligatoire pour les TBaby, conseillée pour les Baby-Gyms | |

| |
|---|
| Pièces à fournir en plus du règlement de la cotisation : - le bulletin d'inscription dûment rempli et signé (recto + verso) - 1 photo d'identité - le cas échéant, certificat médical d'aptitude à la pratique de la gymnastique (voir au verso) |
|---|

| Cadre réservé au club | |
|----------------------------------|--|
| Dossier complet reçu le : | |
| N° de licence : | |
| Groupe : | |

| CERTIFICAT MEDICAL / QUESTIONNAIRE SANTE | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;"><u>MAJEURS¹</u></p> <p>S'il s'agit d'une première adhésion, vous devez OBLIGATOIREMENT fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la Gymnastique.</p> <p>Si vous avez déjà fourni un certificat médical (valable 3 ans à partir de la date d'émission), remplissez le questionnaire de santé joint à ce document et renseignez l'une des cases suivantes pour connaître votre situation :</p> | <p style="text-align: center;"><u>MINEURS et RENOUELEMENT LICENCE¹</u></p> <p>Le représentant légal doit remplir le questionnaire de santé joint à ce document et renseigner l'une des cases suivantes pour connaître sa situation ou celle de son enfant :</p> <p>(1) sous réserve de nouvelles dispositions de la FFGym</p> |
| <p><input type="checkbox"/> J'ai répondu NON à TOUTES les questions* (vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical)</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai répondu OUI à AU MOINS une question*, dans ce cas, je dois fournir un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois.</p> <p>(*) Le questionnaire complété n'a pas à être présenté, ni communiqué (secret médical). Il doit être conservé au sein de la sphère familiale</p> | |

J'accepte les conditions ci-dessous (cocher la case) :

- La responsabilité de l'association n'est engagée que durant les heures de cours. Les enfants sont à accompagner et récupérer à la salle de Gymnastique.
- L'adhérent assume la totale responsabilité de ses affaires personnelles (vêtements, sacs, bijoux, CB, etc...) durant sa présence dans les locaux, il évite de se munir d'objets de valeur.
- Le remboursement (au prorata temporis, sur justificatif) n'est possible que sur avis médical entraînant une inaptitude à la pratique supérieure à 2 mois ou dans le cas d'un déménagement à plus de 30 kms de la salle. Le montant de l'adhésion COB et de la licence FFG n'est pas remboursable, un mois entamé reste dû intégralement.
- Si mon enfant est inscrit en catégorie compétition, je m'engage, sauf cas de force majeure, à réserver les dates de compétitions qui me seront communiquées afin de ne pas pénaliser les équipes.

En cas d'urgence :

- J'autorise**
 Je n'autorise pas
- } Les responsables du Club Olympique Briochin à prendre toutes les dispositions nécessaires à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale pour mon enfant.

Rayez le cas échéant les clauses que vous n'acceptez pas ci-après :

- J'autorise le COB et la FFG à m'envoyer par mail, des communications officielles à des fins associatives.
- J'autorise le COB à utiliser les prises de vues et/ou photos lors de l'activité sur lesquelles je (ou mon enfant) figure, pouvant être diffusées auprès du public ou servir à des fins de promotion (plaquettes, CD, DVD, expositions...) mais dans un but non-commercial.

- Je me propose en tant que bénévole** fonction de mes disponibilités

| | |
|--|--|
| <p>Signature de l'adhérent : <i>Précédée de la mention « lu et approuvé »</i> Date :</p> | <p>Signature du responsable légal (pour les mineurs) <i>Précédée de la mention « lu et approuvé »</i> Date :</p> |
|--|--|

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 ? | <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"/> |
| 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 ? | <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 atteste, 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.