# 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 €** | ☐ |
| **Loisirs** (à partir de 10a) | **215 €** | ☐ |
| **Compétition Fedérale A / B ou Performance** | **255 €** | ☐ |
| **Si plusieurs membres d'un même foyer** | **- 15 € / membre à partir du 2ème** | ☐ |
| **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 :**<br>☐ ANCV pour un montant de :<br>☐ ticket CAF pour un montant de :<br>☐ Pass Sport (ministère Sports) 50 € | ☐ chèque·s* (ordre COB GYM) pour un montant de :<br><br>(*) mois d'encaissement à indiquer au verso des chèques |

**Pour les Baby, Eveil et Ecole de Gym = choix du jour d'entraînement**

☐ **mercredi** ☐ **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** | |
|---|---|
| **MAJEURS**[1]<br>**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**.<br><br>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 : | **MINEURS et RENOUVELLEMENT LICENCE**[1]<br><br>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 :<br><br>(1) sous réserve de nouvelles dispositions de la FFGym |
| ☐ **J'ai répondu NON à TOUTES les questions*** (vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical)<br><br>☐ **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.**<br><br>(*) Le questionnaire complété n'a pas à être présenté, ni communiqué (secret médical).<br>Il doit être conservé au sein de la sphère familiale | |

☐ **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 photo.s 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

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

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

# 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 ? | ☐ | ☐ |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | ☐ | ☐ |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | ☐ | ☐ |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | ☐ | ☐ |
| 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 ? | ☐ | ☐ |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | ☐ | ☐ |
| **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 ? | ☐ | ☐ |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | ☐ | ☐ |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | ☐ | ☐ |
| **NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.* | | |

| **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. |