



saison 2019/2020

Reprise des cours : Lundi 09, jeudi 12 et mercredi 18 septembre 2019

À la salle polyvalente de GUIBEVILLE

INSCRIPTION à la GYM

Gym globale, gym santé, renforcement musculaire, cardio, step, circuit training, gym ballon...

Horaire des cours :

lundi : 19 H 30 à 20 H 30

mercredi : 18 H 45 à 19 H 45

jeudi : 19 H 30 à 20 H 30

+ Modalités d'inscription :

- Certificat médical obligatoire (datant de moins de 3 mois) pour nouvelle adhérente de moins de 3 ans
- Une attestation médicale de non contre-indication à la pratique de la GV pour les plus de 60 ans.
- Deux enveloppes timbrées libellées à votre nom et adresse.
- Paiement par chèque exclusivement.
- Possibilité de fractionnements en deux chèques encaissés en octobre 2019 et janvier 2020 à l'ordre de **GYMAGUIB**.
- Aucun remboursement en cours d'année.
- Fiche d'inscription.
- Se munir d'une serviette de toilette et d'une bouteille d'eau.

Attention : Seuls les dossiers complets seront acceptés à l'inscription avec le certificat médical obligatoire.

+ Montant des cotisations :

	<u>Guibevillois</u>	<u>Extérieurs</u>
• Adulte pratiquant 2 cours	140 €	155 €
• Adulte pratiquant 3 cours	180 €	195 €
• Étudiant de moins de 25 pour 2 cours de Gym...	115 €	135 €
• Étudiant de moins de 25 pour 3 cours de Gym...	150 €	165 €

Possibilité de participer à un cours d'essai gratuitement

GYMAGUIB



Fiche d'inscription Gymnastique à Guibeville saison 2019- 2020

Adulte

Attestation

à cocher uniquement
si vous avez une
participation de votre

Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Adresse - Rue	
code postal et Ville	
Téléphone Fixe ou portable :	
é-mail	
Date de naissance	
Nombre de versements	
Montant des versements	
Cours souhaités	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi

GYMAGUIB



Fiche d'inscription Gymnastique à Guibeville Saison 2019 - 2020

Adulte

Attestation

à cocher uniquement
si vous avez une
participation de votre

Nom	
Nom de jeune fille	
Prénom	
Adresse - Rue	
code postal et Ville	
Téléphone Fixe ou portable :	
é-mail	
Date de naissance	
Nombre de versements	
Cours souhaités	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi

AUTORISATION PARENTALE – DECHARGE DE RESPONSABILITE

Comité Départemental de

Section de

Je soussigné(e) Mme, Mr : agissant en qualité de : père, mère, tuteur
autorise mon enfant :

Nom : Prénom :

Né(e) le : N° de licence :

Adresse :

..... Tél. :

à participer aux séances de Gymnastique Volontaire :

le (jour) de à (heure) dans
les locaux utilisés par la section de Gymnastique Volontaire.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'accueil et d'animation et je précise que :

J'autorise mon enfant à rejoindre son domicile non accompagné (enfants de plus de
6 ans, seulement)

Mon enfant rejoindra son domicile accompagné de :

Mme, Mr qualité Tél.

Mme, Mr qualité Tél.

Je porte ci-après à la connaissance du Président et de l'Animateur de la section le(s)
renseignement(s) suivant(s) : (à signaler tout particulièrement : asthme – diabète – épilepsie -
hémophilie – atteintes cardiaques).

.....

.....

En cas d'urgence, je demande de prévenir : (par ordre de préférence)

Mme, Mr Tél.

Mme, Mr Tél.

Si personne n'est joignable, j'autorise à prendre toute mesure d'urgence (médecins, pompiers,
hôpital).

J'atteste avoir le plein exercice de l'autorité parentale à l'égard de cet enfant mineur.

A, le

Lu et approuvé » Signature



Questionnaire de santé

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	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 du 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"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir. En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (Nom, prénom) atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive/..... au club EPGV : (Nom du club à compléter).

A, le .../.../...

Signature

DROIT À L'IMAGE
- AUTORISATION -

Objet : Autorisation de prises de vues et autorisation d'utilisation de votre image pour l'association.....

La production exécutive a été confiée au photographe

Les prises de vues sont prévues le

Je soussigné(e),

Madame/Monsieur

Adresse

.....

Code Postal..... Ville.....

Téléphone

Je reconnais avoir participé à des prises de vues et j'accepte et autorise expressément, sans contreparties financières, l'association..... à utiliser, stocker et reproduire les images qui me représentent dans le cadre de cette séance photos et renonce, en conséquence, à demander tout dédommagement ou indemnité du fait de cette utilisation.

Je suis informé que ces photographies sont destinées à l'ensemble des publications de l'association. Elles sont susceptibles d'être reproduites sur tous supports de promotion : papier, multimédia et site internet (**Préciser si possible le site internet de publication**) durant ans.

A

Le

**Signature précédée de la mention
manuscrite "Lu et approuvé"**