

DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2025-2026 SPORT SANTÉ

Constitution du dossier d'inscription :

L'accès aux cours ne sera possible qu'après l'inscription complète

Pièces à fournir :

- Le Dossier d'inscription 2025/2026 (dûment rempli et signé)
- Le règlement de la cotisation : **120 €**
- Option Sophrologie : + **50 €** Le Trimestre ou **100 €** pour toute l'année
- Le **certificat médical obligatoire** datant de moins de 3 mois « **Autorisant la reprise d'activité physique adaptée dans le cadre du Sport Santé** »
- Questionnaire de santé à compléter et à joindre au dossier (obligatoire pour tous)
- Une photo d'identité (pour les nouvelles inscriptions)

Dépôt du dossier :

Le dossier complet est à rapporter lors de la séance de préinscriptions :

Permanences Inscriptions : Jeudi 3 juillet de 18 h 00 à 19 h 00 Salle des Fêtes

Lundi 1^{er} septembre à 17 h 30 à 19 h 00 Salle Noblesse

Ou à envoyer sous enveloppe à l'adresse suivante : Mme SANTANGELO Jo
Fitness Club
15 Allée des Pins
08000 Charleville Mézières

Tout dossier incomplet sera refusé.

Ce dossier est disponible en téléchargement sur le site internet du club www.fitnesswarcq.fr

REPRISE DES COURS LE LUNDI 8 SEPTEMBRE 2025

Etat civil de l'Adhérent (e):

NOM : **PRÉNOM :**

Nom de Jeune Fille

Né(e) le : Nationalité :

Adresse:.....

.....

Code Postal : Ville.....

Email.....

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Profession : Employeur :

Comment avez-vous connu le club ?

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Adhérent (e) | <input type="checkbox"/> Presse | <input type="checkbox"/> Site Internet/facebook |
| <input type="checkbox"/> Flyers publicitaires | <input type="checkbox"/> Décathlon | <input type="checkbox"/> Autre : (A préciser)_____ |

Santé :

En cas de problème de santé, nous vous conseillons d'en informer vos animateurs.

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et Prénom :Téléphone.....

Règlement intérieur : (disponible sur le site internet)

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et je m'engage à le respecter.

Date :

Signature :

Droit à l'image :

J'autorise le club à me prendre en photos et à me filmer à l'occasion des activités sportives et associatives et je donne mon consentement à la reproduction et à la diffusion de mon image sur tout document relatif au club (newsletter, gazette, communiqué de presse, site internet, etc...).

Date :

Signature :

Règlement :

- 120 €** Cotisation annuelle (Licence comprise)
 Cotisation Trimestrielle : **65 €** Le trimestre (du 8/9 au 31/12/2025) licence comprise
 Cotisation Trimestrielle : **50 €** Le trimestre (du 2/1 au 31/03/2026) + 15 € pour la licence annuelle*
 Cotisation Trimestrielle : **50 €** Le trimestre (du 1/4 au 30/08/2026) + 15 € pour la licence annuelle*

- * Si première inscription

Option Sophrologie : + 50 € Le Trimestre ou + 100 € pour l'année complète
Paiement de la cotisation : En espèces Par chèque* à l'ordre du Fitness Club de Warcq
(Possibilité de faire 3 chèques à compter de sept 2025)

Chèque : € N° : Banque : Chèque à encaisser*

Chèque : € N° : Banque : Chèque à encaisser*

Chèque : € N° : Banque : Chèque à encaisser*

*Préciser la date le 5 ou le 20 du mois

- Chèques vacances * €  + 10 € en espèce pour frais de Traitement
 Coupons sport * €  + 10 € en espèce pour frais de Traitement
 Chèques ACTOBI€  + 10 € en espèce pour frais de Traitement

Complément : € Chèque Espèce

***A compléter avec vos noms et adresse.**

Observations :
.....

Mailing liste du club :

A l'inscription, l'adresse mail communiquée sera automatiquement intégrée à la mailing liste du club.

***Pour des raisons de responsabilités du club, ne seront admis à
participer aux séances que les membres à jour de leur cotisation
et ayant fourni un certificat médical.***

*Article L. 231-2 du Code du sport subordonne l'obtention d'une licence sportive
à la présentation d'un certificat médical.*

Date : Signature

SPORT SANTÉ

Nom : Prénom :

L U N D I	SALLE NOBLESSE
	SPORT SANTÉ Justine
	17 h15 -18h 15

J E U D I	SALLE NOBLESSE
	SPORT SANTÉ Justine
	17 h15 -18h 15



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE A LA FNSMR HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES*

Après une longue période d'arrêt, il est conseillé de demander l'accord de votre médecin pour reprendre une activité sportive.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 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"/>
4) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée avant 60 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous eu une perte de connaissance durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N. B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

VOUS AVEZ RÉPONDU "NON" à toutes les questions : veuillez remettre l'attestation ci-après à votre association lors de votre demande de licence (ne pas joindre le questionnaire de santé)

VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI" à au moins une des questions : veuillez consulter votre médecin pour qu'il vous examine et vous remette le cas échéant un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

* **Discipline à contraintes particulières** : Alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie ; disciplines sportives pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur (à l'exception du modélisme automobile radioguidé) ; disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition (à l'exception de l'aéromodélisme) ; parachutisme ; rugby à XV, rugby à XIII et rugby à VII.

Pour la pratique de ces activités, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive est obligatoire tous les ans.

Saison 2025/2026

Attestation santé pour les majeurs (à remettre à son association)

Je soussigné M/Mme Prénom : Nom :

atteste avoir renseigné le Questionnaire de Santé pour les majeurs FNSMR et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : Signature :