

Section : DANSE DE SALON

IDENTITE DU PRATIQUANT

Qualité civile M Mme NOM _____ Prénom _____

Né (e) le _____ Identifiant RH (si postier) : _____

Adresse _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone Fixe : _____ Portable : _____

E-mail _____

Veillez écrire lisiblement en lettre MAJUSCULE.

CERTIFICAT MEDICAL DE L'ADHERENT ou QUESTIONNAIRE DE SANTE

Si Renouvellement de la licence : Je soussigné M/Mme,
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. Signature :

Si nouvelle licence : OBLIGATION DE SATISFAIRE A LA VISITE MEDICAL (*Obligation de joindre le certificat médical à cette demande de licence*)

REGLEMENTATION

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et de l'étendue des garanties d'assurance et/ou d'assistance (consultable au siège social de l'association) ainsi que d'avoir satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sport(s) considéré(s).

J'autorise ou Je n'autorise pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations puissent être publiés et diffusés dans la presse écrite ou sur notre site internet (vidéos, photos, ...) sans avoir le droit à une compensation.

J'autorise ou Je n'autorise pas l'utilisation de mon adresse e-mail afin de recevoir les informations de l'ASPTT, y compris la newsletter.

Informatique : La loi n°78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT

PAIEMENT DE LA COTISATION

Type de paiement possible : CHEQUES - ESPECES - PASS SPORT - CHEQUES VACANCES

Tarifs :

- 114€ pour TOUTE DANSE - 1cours tous les 15 jours.
- 119€ pour WEST COAST ou BACHATA ou SOLO ou ROCK - 1 cours tous les 15 jours.
- 170€ pour 1 cours par semaine.
- 240€ pour 1 cours par semaine + 1 cours tous les 15 jours.
- 295€ pour 2 cours par semaine.
- 315€ pour 2 cours par semaine + 1 cours tous les 15 jours.

Horaires	Cours	Cocher votre/vos cours
LUNDI 20h - 21h	TOUTES DANSES (tous les 15j)	
LUNDI 21h - 22h	WEST COAST (tous les 15j)	
LUNDI 21h - 22h	BACHATA (tous les 15j)	
LUNDI 21h - 22h	WEST COAST + BACHATA	
VENDREDI 18h30-19h30	SOLO LATINO (semaine Paire uniquement)	
VENDREDI 19h30-20h30	ROCK (semaine Paire uniquement)	
VENDREDI 18h30-20h30	SOLO L + ROCK (semaine Paire uniquement)	

Signature :

N° Chèque(s) :

Adresse siège : ASPTT ANGERS
37 route de Bouchemaine 49000 ANGERS
Mail : angers@asptt.com **Tel** : 02.41.68.33.59
Site Internet : www.angers.asptt.com

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 inexplicée ?	<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 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.