AGIR CONTRE LA MALADIE | 13 RUE DES FILATURES 44190 CLISSON

SPORT SÉNIOR

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date d'entrée : ...../...../..... ☐ 1ère inscription ou ☐ Renouvellement

Nom :	
Prénom:	
Adresse :	
Date de naissance :	
Sexe :	
Téléphone :	
E-mail :	
Inscription newsletter :	OUI / NON
Date du certificat médical :	
Date du paiement :	
Mode de paiement :	
Personne à contacter en cas d'urgence :	Nom Prénom : Numéro de téléphone :

Merci de nous retourner votre dossier accompagné de :

- 1 certificat médical
- 1 copie de pièce d'identité
- 1 autorisation de droit à l'image
- 1 règlement correspondant au montant de la cotisation par chèque (à l'ordre d'AGIR contre la maladie) ou en espèces : 120 €

02 40 03 73 25 | contact@agircontrelamaladie.fr | www.agircontrelamaladie.fr
Horaires d'accueil : du Lundi au Vendredi de 10h00 à 12h30

AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom:

Adresse :

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise AGIR CONTRE LA MALADIE, dont le siège est situé au 13 Rue Des Filatures, 44190 Clisson à :

O me filmer
O me photographier
O m'interviewer
O utiliser mon image
O diffuser le nom de mon association

En conséquence, j'autorise AGIR CONTRE LA MALADIE, propriétaire du site/de évènements, etc. à fixer, diffuser, reproduire et communiquer au public les films, les photographies pris(es) dans le cadre de la présente et/ou les paroles que j'ai prononcées dans ce même cadre.

Les photographies, films et/ou interviews pourront être exploité(e)s et utilisé(e)s :

- directement par le propriétaire du site/des évènements, etc. sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, notamment de télédiffusion, de papier (journaux et périodiques) et électronique (Internet), dans le monde entier, sans aucune limitation, intégralement ou par extraits, pour une durée de10 ans à compter de la signature de la présente autorisation.
- cédé(e)s à des tiers, dans les mêmes conditions.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies, films et/ou interviews susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies, films et/ou interviews objets de la présente dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution ou diffusion des photographies, films et/ou interviews sur simple demande.

Il encouragera ses partenaires à faire de même et mettra en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de cet objectif.

Je me reconnais entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Fait à ....., le .....

Signature du représentant
AGIR CONTRE LA MALADIE :

Signature de la personne photographiée, filmée et/ou interviewée * précédée de la mention « bon pour autorisation » :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa N°15699*01

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Nom : _____ Prénom : _____

Section : ☐ handi loisirs ☐ adopt' sport ☐ mouv santé ☐ cancer solidarité

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.

Fait le : _____

Signature :