



Montjoie Danse
Fiche d'inscription 2024/2025

<p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... (non obligatoire)</p> <p>Adresse :</p> <p>Ville.....</p> <p>Code postal.....</p> <p>Tél fixe :</p> <p>Mobile :</p> <p>Adresse mail :</p> <p>Joindre un certificat médical de moins de 3 mois ou remplir le questionnaire santé ci-dessous.</p> <p>Je reconnais avoir souscrit un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels pouvant résulter de la pratique sportive.</p> <p>St Denis en Val le</p> <p style="text-align: center;">Signature :</p>	<p style="text-align: center;">Cotisation annuelle :</p> <p style="text-align: center;">Salon/rock</p> <p>Danseur St Denis en Val : 170 €</p> <p>Danseur extérieur : 190 €</p> <p>Etudiant : 120 €</p> <p>Danseur Bachata. 90 € (si ouverture, 1 h par quinzaine Jeudi 19 h à 20 h)</p> <p>Danse en ligne. 90 € (si ouverture, 1 h par quinzaine Jeudi 19 à 20 h)</p> <p>Mode de règlement : (Paiement en 3 fois possible)</p> <p>Chèque bancaire : montant 1.....2.....3.....</p> <p>Chèques vacances/sport : Montant : Nbr :</p> <p>Espèces : montant :</p> <p style="text-align: right;">T O T A L :</p> <p>Justificatif CE ou attestation : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Observations :</p>	<p style="text-align: center;">Décompte</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---	---

Questionnaire Santé – DANSE MONTJOIE

Nom, Prénom : **Date de naissance :**

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 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 inexplicée ?		
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) ?		
À 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 de l'adhérent.		

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

ATTESTATION Questionnaire de Santé

Je soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé. Dans le cas contraire je fournis un certificat médical de moins de 3 ans.
(à remettre à Françoise Gayet)
Signature du pratiquant :

