

| | | | |
|--|--|---|---|
| 1er adhérent : | Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Né(e) le <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| 2ème adhérent : | Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Né(e) le <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| 3ème adhérent : | Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Né(e) le <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| 4ème adhérent : | Nom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Prénom <input style="width: 95%;" type="text"/> | Né(e) le <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> / <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Adresse <input style="width: 95%;" type="text"/> | | CP <input style="width: 15%;" type="text"/> | Ville <input style="width: 15%;" type="text"/> |
| Téléphone 1 <input style="width: 95%;" type="text"/> | | Adresse mail 1 <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Téléphone 2 <input style="width: 95%;" type="text"/> | | Adresse mail 2 <input style="width: 95%;" type="text"/> | |

Le pratiquant (sous l'autorité du tuteur légal pour les personnes mineures) adhère à l'association Evolution Spirit Ecole d'Arts Martiaux. Il s'engage à :

- prendre connaissance et respecter le règlement intérieur et les statuts de l'association ainsi que toutes les lois qui régissent les Arts Martiaux
- autoriser le club, pour lui-même, à prendre toute décision médicale d'urgence nécessaire
- régler la totalité du montant lors de l'inscription suivant les moyens de paiement proposés par l'association
- vérifier les dates de validités des chèques-coupons-réductions-avantages de nos partenaires
- renouveler la licence FFSPT à chaque saison et avoir pris connaissance de la possibilité d'assurance complémentaire proposée
- respecter les changements d'horaires, changements de groupes, ou absences ponctuelles de séances pouvant s'effectuer
- **à régler la totalité du montant lors de l'inscription**
- l'association peut refuser l'inscription d'une personne jusqu'à un mois après son dossier complet fourni en cas de non respect des règles
- atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT » (Cerfa n°15699*01) ou du questionnaire « QS Sport -18 ans » et avoir rendu l'attestation ou avoir répondu **OUI** à au moins une des questions et avoir fourni un certificat médical de "non contre-indication" à la pratique du Goshin-Système
- autoriser l'association Evolution Spirit Ecole d'Arts Martiaux à exploiter son image



Tarif inscription sur la saison complète

(entourer vos choix d'adhésion)

| | FORFAIT FAMILLE | | | |
|--------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|
| | 1er adhérent | 2ème adhérent | 3ème adhérent | 4ème adhérent |
| Groupe des Tigres (4-6 ans) | 140 € | 120 € | 80 € | 50 € |
| Groupe des Ninjas (7-9 ans) | | | | |
| Groupe des Dragons (10-14 ans) | 230 € | 210 € | 170 € | 50 € |
| Groupe des Adultes et + 15 ans | 250 € | 230 € | 190 € | 50 € |

TOTAL €

inclus dans le tarif :

- ✓ La licence fédérale Sports Pour Tous
- ✓ les frais d'examens du style Goshin-Système
- ✓ Le diplôme en cas de réussite à l'examen
- ✓ La ceinture en cas de réussite à l'examen
- ✓ La licence martiale World Kobudo Federation
- ✓ Les frais de location du gymnase
- ✓ Les frais de gestion administrative

Règlement

Voulez-vous une facture : OUI NON

| | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| Chèques | ▲ Au dos chaque chèque nom adhérent si ≠ propriétaire du chèque | Quantité <input style="width: 40px;" type="text"/> | total montant <input style="width: 40px;" type="text"/> € |
| | | Possible jusqu'à 4 chèques | <input style="width: 40px;" type="text"/> € <input style="width: 40px;" type="text"/> € <input style="width: 40px;" type="text"/> € <input style="width: 40px;" type="text"/> € |
| Espèces | | | total montant <input style="width: 40px;" type="text"/> € |
| Chèques Vacances ANCV | Quantité <input style="width: 40px;" type="text"/> | total montant <input style="width: 40px;" type="text"/> € | |
| Coupons Sport ANCV | Quantité <input style="width: 40px;" type="text"/> | total montant <input style="width: 40px;" type="text"/> € | |
| Chèquier sport La Tronche | Quantité <input style="width: 40px;" type="text"/> | Tronchois entre 6 et 15 ans | 15 € <input type="checkbox"/> |
| Carte Tattoo Isère | N° Carte <input style="width: 40px;" type="text"/> | collégien | 60 € <input type="checkbox"/> |
| Pass'Régiion AU-R-A | N° Carte <input style="width: 40px;" type="text"/> | lycéen | 30 € <input type="checkbox"/> |



Adhérent(e-s) majeur(e-s)

J'ai lu, j'approuve et je m'engage à respecter les conditions mentionnées sur cette présente feuille d'inscription.

signature

Date / /

Adhérent(e-s) mineur(e-s)

Je soussigné(e),

représentant légal de l'adhérent(e) mineur(e), j'ai lu, j'approuve et je m'engage à respecter les conditions mentionnées sur cette présente feuille d'inscription. J'autorise mon enfant à pratiquer les arts martiaux au sein de l'association.

signature

Date / /

**A compléter si vous avez répondu NON à toutes
les questions du questionnaire.**

Si vous avez répondu OUI à au moins l'une des
questions, il faut un certificat médical de « non
contre-indication » à la pratique sportive du
Goshin-Système auprès de votre médecin traitant.

ATTESTATION

(ADULTE / ENFANT)

Je soussigné(e), (indiquer vos nom et prénom) _____,
représentant légal | de (indiquer nom et prénom du mineur)* _____
atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS-SPORT » (Cerfa
n°15699*01) ou du questionnaire « QS Sport -18 ans* », disponible sur le site internet fédéral, à
l'occasion de la demande de prise ou de renouvellement de la licence sportive de la Fédération
Française Sports pour Tous pour la pratique sportive d'une ou de plusieurs des familles d'activités
suivantes :

- ~~Activités gymniques d'entretien et d'expression~~
- ~~Activités de randonnées de proximité et d'orientation~~
- Jeux sportifs et jeux d'opposition
- ~~Activités en milieu aquatique~~

Conformément au décret n° 207 6-1387 du 12 octobre 2017, et de l'arrêté du 20 avril 2017 et de
l'arrêté du 7 mai 2021 relatif au questionnaire de santé exigé pour l'obtention ou le renouvellement
d'une licence sportive.

Date

Signature

*Rayer les mentions inutiles

QS Sport -18 ans

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport: c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ? Un garçon ? Ton âge ? ans

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Depuis l'année dernière | | |
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | | |
| As-tu été opéré(e) ? | | |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | | |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | | |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | | |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | | |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | | |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | | |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | | |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | | |
| Depuis un certains temps (plus de 2 semaines) | | |
| Te sens-tu très fatigué(e) ? | | |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | | |
| Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ? | | |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | | |
| Pleures-tu plus souvent ? | | |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | | |
| Aujourd'hui | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | | |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | | |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | | |
| Question à faire remplir par tes parents | | |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | | |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | | |



Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

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 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 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.

À remettre à votre animateur sportif lors de la première séance

Je soussigné, Docteur

certifie que l'examen de Madame Monsieur réalisé ce jour,

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

N'a pas mis en évidence de contre-indication apparente à la pratique sportive des activités suivantes :

- activités gymniques d'entretien et d'expression
- activités de randonnées de proximité et d'orientation
- jeux sportifs et jeux d'opposition
- activités aquatiques

Adaptations nécessaires en fonction de l'état de santé :

.....
.....

Contre-indication temporaire /durée :

.....
.....

Conformément au décret n° 2016-1387 du 12 octobre 2016, modifiant les conditions de renouvellement du certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport, ce certificat est valable trois ans, sous réserve de modification notoire de l'état de santé, à partir du / /

Certificat établi le : / /

Cachet et signature du médecin



Enfin, si vous avez été en contact avec la COVID 19 il est conseillé de faire un bilan médical et d'avoir une reprise d'activité sportive progressive et accompagnée. Pour vous aider dans cette évaluation vous pouvez réaliser le [questionnaire](#). Celui-ci n'a aucun caractère obligatoire.