



BULLETIN D'INSCRIPTION SPORT SENIORS Année 2025 – 2026



Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Email :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Contact en cas d'urgence (obligatoire) : Téléphone :

SÉANCES

3 séances vous sont proposées (cochez la ou les case(s) des séance(s) souhaité(es)) :

☐ Lundi de 9h15 à 10h (Dojo)

☐ Vendredi de 10h à 11h (Salle de danse)

☐ Jeudi de 9h15 à 10h (Dojo)

AUTORISATION

POUR LE DROIT À L'IMAGE

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas

L'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des supports de communication de la ville de Mormant à titre gracieux.

Date et signature, précédé de la mention « lu et approuvé, bon pour accord »

PIÈCES À FOURNIR

☐ Cette fiche d'inscription remplie

☐ Le questionnaire médical d'aptitude à la pratique de l'activité physique et sportive

☐ Votre attestation d'assurance



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

QUESTIONNAIRE MÉDICAL



Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion.

NOM : PRÉNOM :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON* (rayer la mention inutile)

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | OUI | NON |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, une essoufflement inhabituel ou un malaise ? | OUI | NON |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | OUI | NON |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | OUI | NON |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | OUI | NON |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | OUI | NON |

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...) | OUI | NON |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | OUI | NON |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | OUI | NON |

***NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ
OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE LÉGALE DU LICENCIÉ**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir, attestez simplement (ci-dessous) avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de réinscription.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom)
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

POUR LES MINEURS

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom)
en ma qualité de représentant légal de (Prénom - Nom)
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du responsable légal :