



I	C	P	L

FICHE INDIVIDUELLE MINEUR 2023 / 2024

PHOTO



ADHÉRENT | Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Nationalité (s) : _____ Sexe : F M
Établissement scolaire fréquenté(ou crèche) : _____ Nombre de frères / sœurs : _____

N° Licence Fédé CAF Groupe

Réservé au club | INSCRIPTION | Nouvelle Renouvellement Mutation

HA CHQ ESP CB ANCV CM / QS @ T PH

COTISATION €

Découverte Loisirs Compétition

<input type="checkbox"/> BABY GYM	<input type="checkbox"/> MODERN JAZZ	<input type="checkbox"/> GAF
<input type="checkbox"/> BABY DANSE	<input type="checkbox"/> PARKOUR	<input type="checkbox"/> TEAMGYM
<input type="checkbox"/> ECOLE DE GYM	<input type="checkbox"/> BREAKDANCE	<input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> ME <input type="checkbox"/> JE
<input type="checkbox"/> RYTHMIQUE	<input type="checkbox"/> FITNESS	<input type="checkbox"/> VE <input type="checkbox"/> SA
<input type="checkbox"/> MULTIGYM	<input type="checkbox"/> KRAV MAGA	

Paiement 1 _____ € | _____ | _____
(somme) (date) (mode de paiement)

Paiement 2 _____ € | _____ | _____
(somme) (date) (mode de paiement)

Paiement 3 _____ € | _____ | _____
(somme) (date) (mode de paiement)

REPRÉSENTANT LÉGAL STATUT 1 : _____ Nom, Prénom : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Tel : _____ Port : _____ E-mail : _____ Profession : _____	REPRÉSENTANT LÉGAL STATUT 2 : _____ Nom, Prénom : _____ Adresse : <i>(si différente)</i> _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Tel : _____ Port : _____ E-mail : _____ Profession : _____
---	--

RECOMMANDATIONS MÉDICALES | En cas d'hospitalisation : Hôpital Clinique , Préciser : _____
Recommandations médicales (maladies, traitements, allergies, etc ..) : _____
Médecin traitant : _____ Date de la visite médicale : _____
Autre personne à prévenir en cas d'urgence (Nom, Prénom) : _____ Tel : _____

AUTORISATIONS | Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : _____ (cocher la case pour donner autorisation)

autorise mon enfant à quitter seul le gymnase et/ou les locaux de l'AGM
 autorise les responsables de l'Avant-Garde du Mans, en cas d'urgence dans le cadre de l'activité à prendre toutes les disponibilités nécessaires à l'intérêt de mon enfant (soins dentaires, interventions chirurgicales, etc ...)
 autorise mon enfant à participer à toutes les activités spécifiques organisées par l'encadrement.

Par quel biais avez-vous connu l'AGM ? Bouche à oreille Internet Sport en Fête École Autre : _____

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Association Avant- Garde Le Mans à laquelle mon enfant adhère. J'autorise la publication de photos /vidéos pour diffusion web et print dans le cadre de l'activité sportive.

Fait à _____ , Le _____ Signature (obligatoire)
ajouter la mention « lu et approuvé »



AVANT GARDE LE MANS

GYMNASTIQUE & DANS

Questionnaire de santé

GROUPE :

Nom :

Prénom :

Qui est concerné ?

L'adhérent mineur

Quand l'utiliser ?

Le questionnaire est à utiliser **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
① Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise 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) ?		
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 ?		

Attention :

• Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou de son représentant légal s'il est mineur.

• Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

⇒ Attestation ci-après à fournir à votre club, pour les saisons concernées – Pas de certificat médical.

• Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

⇒ Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence.



AVANT GARDE LE MANS

GYMNASTIQUE & DANS

Attestation

(Pour les majeurs)

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Licence N° Club :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence pour la saison/.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le/...../.....

Signature

Attestation

(Pour les mineurs)

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Représentant légal de l'enfant :

Licence N° Club :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence pour la saison/.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le/...../.....

Signature