



Centre Culturel du Val du Vray

FICHE D'INSCRIPTION 2025/2026

Nouvelle inscription Réinscription Saint-Saturnin Hors-Commune

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin Masculin

NOM :

ADRESSE :

CP : VILLE :

MOBILE :

MAIL :

*En cas d'annulation de cours des SMS seront envoyés
UNIQUEMENT au responsable légal n°1.*

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM :

MOBILE :

DOCUMENTS À FOURNIR

- Justificatif de domicile pour les habitants de Saint-Saturnin Attestation d'assurance responsabilité civile
 Questionnaire de Santé ou Certificat médical Carte étudiante
 Autorisation parentale (uniquement pour les mineurs)

AUTORISATIONS

J'accepte de recevoir par mail la newsletter du Val de Vray

J'autorise la prise de vue

J'ai lu et accepte le règlement intérieur du Val de Vray

*Les photos et vidéos pourront être utilisées dans le cadre de la
promotion des activités du Val de Vray*

Fait à Saint Saturnin , le

Signature du/des représentant(s) légal(aux) :

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 atteste, 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.

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date d'inscription :

Séance d'essai : Oui Non

Demande de reçu pour CE , employeur : Oui (envoi par mail)

ACTIVITÉ(S) PRATIQUÉ(ES) :

ACTIVITÉ	JOUR / HORAIRE	%	TARIF

MONTANT TOTAL DES ACTIVITÉS : €

RÉDUCTION -5% : €
à partir de 3 activités :

MONTANT AIDES (CAF, ANCV ...) :	NATURE DES AIDES :	-	€
--	---------------------------	---	---

MONTANT À RÉGLER : €

Carte d'adhésion remise le :

RÈGLEMENT (POSSIBILITÉ DE RÉGLER EN 5 FOIS) :

Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque*	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> CB	MONTANT :
	Somme en €	Observation (N° Chq / Nom si différent)		
À l'inscription				
Décembre				
Février				
Avril				
Juin				