



Adhérent

## Bulletin d'adhésion – Saison 2018/2019

Je soussigné(e)

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_      Portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ .

Accepte d'adhérer au Foyer Rural de Marsais (15 €)

Je m'inscris pour la ou les activités suivantes :

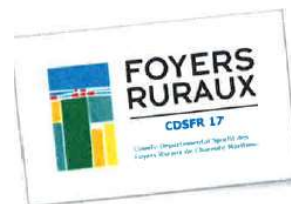
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gymnastique (40 €/an)                | <input type="checkbox"/> Tricot/crochet (5 €/an)                        |
| <input type="checkbox"/> Nouvelles Technologies (10 €/séance) | <input type="checkbox"/> Veillée jeux de société (entrée libre)         |
| <input type="checkbox"/> Pilate (40 €/an)                     | <input type="checkbox"/> Zumba Kids (55 €/an)                           |
| <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre (5 €/an)          | <input type="checkbox"/> Zumba / Strong adultes (135 €/an ou 5€/séance) |
| <input type="checkbox"/> Step (40 €/an)                       | <input type="checkbox"/> _____  |
| <input type="checkbox"/> Théâtre (entrée libre)               | <input type="checkbox"/> _____  |

J'autorise le Foyer Rural de Marsais à publier les photos me concernant : ces photos seront utilisées lors de réunions du Foyer et pour la promotion des activités du foyer (article de journal, site du foyer, page facebook du foyer, bulletin municipal...).

**Règlement de la somme de ..... euros à l'ordre du « Foyer Rural de Marsais » pour la saison 2018/2019. Paiement en plusieurs fois possible.**

Date :

Signature obligatoire :



## Nouvelle Règlementation pour la Protection des Données

# Formulaire de consentement

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ .

- J'accepte de recevoir par e-mail ciblé des informations, en fonction de mon statut de bénévole et d'adhérent, et selon la nature de mes pratiques au sein du Foyer Rural de Marsais et de mes centres d'intérêts.

Ce consentement sera conservé le temps de votre adhésion au Foyer Rural de Marsais.

**Vous pouvez exercer vos droits de modification ou de consultation  
des données conservées par le Foyer Rural de Marsais  
à tout moment et sur simple demande.**

Date :

Signature obligatoire :



**Adhérent mineur**

## **Autorisation Parentale – Saison 2018/2019**

**Je soussigné(e)**

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

**Autorise mon enfant :**

**NOM** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

- A adhérer au Foyer Rural de Marsais
- A participer aux activités organisées, dans et hors commune par le Foyer Rural de Marsais
- A être transporté dans un véhicule particulier d'adhérent ou un transport collectif dans le cadre des activités du Foyer Rural de Marsais.
- A être photographié dans le cadre de ces activités : ces photos seront utilisées lors de réunions du Foyer et pour la promotion des activités du foyer (article de journal, site du foyer, page Facebook du foyer, bulletin municipal par exemple) pour les photos de groupe uniquement.

**Autorisation valable à compter de la date d'adhésion et jusqu'au 31 août 2019.**

**Date :**

**Signature obligatoire :**



### 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>

\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

### 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.



## Attestation santé Renouvellement de l'adhésion individuelle - pratique d'activités physiques

Questionnaire de santé (ci-joint à gauche), à utiliser pendant les deux saisons d'adhésion, suivant celle pour laquelle un certificat d'aptitude physique a été délivré par l'adhérent.

Je soussigné(e) M/Mime

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT CERFA N°15699\*01, et avoir répondu par la négative à toutes les rubriques demandées.

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mime

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

En qualité de représentant légal de :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Atteste qu'il/qu'elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT CERFA N°15699\*01, et a répondu par la négative à toutes les rubriques demandées.

Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_