



LD

LICENCE

INSCRIPTION AZUR TENNIS CLUB 2021/2022

Partenariat St Joseph

Enfants de Grande Section jusqu'au CM2

L'adhésion au club vaut acceptation du règlement intérieur

Dossier et pièces jointes à déposer au club avant le 12 juin

| | Asniérois | Non Asniérois |
|--|-----------|---------------|
| Grande section – CP groupe de 8 par ½ terrain* | 305 € | 380 € |
| CE1-CE2-CM1-CM2 groupe de 8* par terrain | 375 € | 465 € |

NOM : ----- PRENOM : -----

DATE DE NAISSANCE : ----- Classe de l'enfant : -----

ADRESSE POSTALE COMPLETE : -----

CODE POSTAL ET VILLE -----

PORT . MERE : ----- PORT. PERE : -----

ADRESSE EMAIL 1 :

ADRESSE EMAIL 2 :

Pièces à joindre au dossier :

- Si vous habitez à Asnières, merci de fournir un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Attestation médicale.
- Une photo
- Règlement : soit comptant soit en 3 mensualités* par chèque ou en carte bleue à l'accueil du club

| | Asniérois | Non Asniérois |
|-------------------------------|-------------|---------------|
| GS/CP 3 mensualités | 105+100+100 | 130+130+120 |
| CE1/CE2/CM1/CM2 3 mensualités | 125+125+125 | 155+155+155 |

Cadre réservé à l'administration

Asniérois oui non JD attestation médicale MONTANT :

comptant chèque carte bleue 3 mensualités

*encaissement septembre-octobre-novembre

Nous vous informons qu'il est dans votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peut vous exposer la pratique sportive. Je n'autorise pas mon enfant à apparaître en photo sur les supports du club (journal, site internet, affiches ...)

Association Loi 1901 SIRET 42490655000019-Agréments 92/S/510-n°JS et 000908-n°FFT 3292019



L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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.

TON NOM ET TON PRENOM :

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> | Ton âge : | |
| | | |
| Depuis l'année dernière | OUI | NON |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | | |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aujourd'hui | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.