

Dossier d'inscription



Pour toute information (papiers, compétition, matériels, etc...) et pour ce qui concerne les entrainements (absences, retards, etc...) merci de nous contacter : @mail : decines.dance.twirl@gmail.com

Fabrice THOMASSET, Coach et Président du Club

☎ : 06.61.15.41.78

Marie-Laure HAMEL, Secrétaire du Club

☎ 06.85.44.57.86

Ces documents sont à joindre avec le dossier d'inscription

<i>Formulaire de renseignement dûment rempli pour l'athlète et ses responsables</i>	
<i>Questionnaire de santé rempli autorisant la pratique du twirling (et certificat médical en fonction du questionnaire)</i>	
<i>Autorisation parentale remplie et signée</i>	
<i>Attestation d'assurance sportive ou civile</i>	
<i>Photocopie du livret de famille (concernant le twirleur)</i>	
<i>2 photos d'identités</i>	
<i>Cotisation annuelle</i>	

Je soussigné(e)

.....
Confirme avoir reçu, lu et approuvé le règlement intérieur et la charte joints au dossier et m'engage à les respecter.

Fait à : Le

Signatures (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Parents

Adhérent(e)



Formulaire de renseignements Adhérent



TWIRLEUR / TWIRLEUSE

Loisir

Compétition : Les compétitions sont obligatoires pour tout athlète sélectionné à partir du moment où l'inscription est faite (sauf en cas d'extrême urgence, maladie grave, décès d'un proche)

Voici le calendrier **prévisionnel** des compétitions FFSTB pour la saison 2024-2025 :

Départemental	25 – 26 janvier 2025
Sélectif	15 – 16 mars 2025
Régional	19 – 20 avril 2025
Demi-finale	17 – 18 mai 2025
Finale	21 – 22 juin 2025

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _ Ville :

Portable

Taille : de maillot : De pantalon : De veste :

Gaucher Droitier

Remarques / informations sur l'athlète dont le club doit avoir connaissance (allergies, etc...)

.....
.....
.....
.....



Formulaire de renseignements Parents / Responsables



PÈRE

TUTEUR LEGAL oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ Ville :

☎ Fixe ☎ Portable

@mail : @

Profession (facultatif) :

MÈRE

TUTEUR LEGAL oui non

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ Ville :

☎ Fixe ☎ Portable

@mail : @

Profession (facultatif) :



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 inexplicée ?	<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. Simplet 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.

Signature



Autorisation Parentale



Je soussigné(e)
(nom et prénom du représentant légal)

➤ **Autorise mon fils ou ma fille**
(Nom et prénom de l'enfant)

À pratiquer le Twirling au sein du « Décines Dance-Twirl » lors de la saison 2024-2025.
Il ou elle sera sous la responsabilité des entraîneurs.

➤ **Autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent (y compris une hospitalisation) ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.**
(En cas de refus rayer la mention)

A défaut, il ou elle sera pris(e) en charge par les services d'urgence.

➤ **Reconnait avoir été informé(e) que la prise en charge de mon enfant par « l'encadrement » ne se fera et qu'à partir du lieu d'entraînement et à partir du lieu de rendez-vous fixé dans la convocation pour tout déplacement prévu dans le cadre du club.**

➤ **Certifie que mon fils ou ma fille est couvert par une assurance comportant l'individuelle accident et la responsabilité civile.**

➤ **Autorise les membres du club ou bénévoles à transporter mon enfant lors des déplacements du club** (en cas de refus rayer la mention)

➤ **Certifie que mon fils ou ma fille est à jour de tous ses vaccins** (Tétanos, ...)

➤ **Certifie avoir rempli le questionnaire de santé pour la pratique sportive et avoir fourni le certificat médical si nécessaire.**

EN CAS D'URGENCE : Personnes à prévenir :

Nom : Qualité :

Tel dom/prof/mob

Nom : Qualité :

Tel dom/prof/mob

Médecin traitant : Nom : Tel :

RENSEIGNEMENTS UTILES

N° de sécurité sociale :

Nom de l'assuré :

Mutuelle :

Allergies connues :

Autres :

- Dans le cadre de votre inscription au club de sport, nous vous informons que des **photos et vidéos peuvent être prises durant les activités et événements organisés par le club**, à des fins de communication et de promotion.
Conformément au droit à l'image, aucune diffusion ne sera réalisée sans votre consentement explicite. En cochant la case dédiée sur le formulaire d'inscription, vous acceptez ou refusez l'utilisation de votre image.

J'autorise, à titre gracieux la diffusion de photographies, de vidéos, réalisées dans le cadre de la pratique du twirling, où figure mon enfant (presse locale, support de communication du club, sites internet du club et de la fédération)

De plus, vos données personnelles sont collectées et traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous disposez d'un **droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à vos données.**

Pour faire valoir ce que de droit.

Fait à, le/...../.....

Signature