



# FICHE D'INSCRIPTION ADAGIO 2023/2024

**! Aucun dossier incomplet ne sera accepté**

|                |                        |             |         |
|----------------|------------------------|-------------|---------|
| <b>Adresse</b> | N° et nom de la voie : | Code postal | Commune |
|----------------|------------------------|-------------|---------|

|                           |            |           |            |
|---------------------------|------------|-----------|------------|
| <b>Représentant légal</b> | 1 :<br>2 : | Téléphone | 1 :<br>2 : |
|---------------------------|------------|-----------|------------|

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>E-mail (obligatoire) EN MAJUSCULE</b> | 1 : _____<br>2 : _____ |
|--|------------------------|

### OBSERVATIONS

| NOM | PRÉNOM | DATE DE<br>NAISSANCE<br>JJ/MM/AA | COURS SUIVI(S) |                |      |       | TARIFS | CERTIFICAT<br>MÉDICAL (Cadre<br>réservé ADAGIO) |
|-----|--------|----------------------------------|----------------|----------------|------|-------|--------|---|
|     |        |                                  | CODE COURS     | NOM PROFESSEUR | JOUR | HEURE |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |
|     |        |                                  |                |                |      |       |        |   |

|   |  |          |  |
|---|--|----------|--|
| <b>CADRE RESERVE ADAGIO</b><br><br><b>NB</b> : Si paiement en espèces, pas de paiement échelonné. La totalité est due à l'inscription<br>Chèques paiement en 6 fois possibles (8 si cotisation ≥ 400€) /<br>Coupons sports : date de validité minimum : décembre 2025 | <b>A - TOTAL TARIF</b>   | +        |  |
|   | <b>B - TOTAL ADHÉSION (20 euros par adhérent)</b> _____ *20€   | +        |  |
|   | <b>C - TOTAL REDUCTION</b><br>-20€ par cours supplémentaire/même pers.<br>-20€ pers.suppl. même famille/même adresse.<br>-30 € à partir du 3eme cours pour un même adhérent. | -        |  |
|   | <b>D - PASS' SPORT/CULTURE/LABAZ</b>   | -        |  |
|   | <b>TOTAL DU: A + B - C - D</b>   | <b>=</b> |  |

## PAIEMENT

- Chèque (Nombre et montant : \_\_\_\_\_ )
- Chèque de caution :  
N° : \_\_\_\_\_  
Montant : \_\_\_\_\_
- Coupons SPORT (Val. Dec.25) :  
Montant : \_\_\_\_\_
- Espèces : (reçu par mail)  
Montant : \_\_\_\_\_
- Pass Sport/ culture ou LABAZ :  
Montant : \_\_\_\_\_  
Numéro : \_\_\_\_\_

## DOCUMENTS A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER

- **Certificat médical**
  - o Certificat médical **valable 3 ans** pour les personnes majeures.  
En cas de certificat encore valable, remplir obligatoirement le questionnaire de santé et le certificat sur l'honneur chaque année.
  - o Pour les mineurs, questionnaire de santé à remplir et certificat sur l'honneur.  
Certificat médical si l'état de santé de l'enfant le nécessite.
- **Règlement de la cotisation**(ne pas oublier de joindre le justificatif du pass' sport/culture ou labaz)

## **AUTORISATION**

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise l'association ADAGIO et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors des cours de danse et lors des différents galas de l'année.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

En cas de blessure ou d'accident, j'accepte que les premiers soins soient administrés à mon (mes) enfant(s) par les professeurs ou l'équipe d'intervention d'urgence si nécessaire.

Le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Signature** (Adhérent majeur ou représentant légal pour les mineurs)

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2023/2024 POUR LES MAJEURS DONT LE CERTIFICAT  
MÉDICAL DATE DE MOINS DE 3 ANS.**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

**DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :**

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?  
 oui  non
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  
 oui  non
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  
 oui  non
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  
 oui  non
- 5) Avez-vous arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?  
 oui  non
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  
 oui  non

**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 ?  
 oui  non
- 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  
 oui  non
- 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  
 oui  non

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

**Notifications :**

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir. Cependant, il faudra présenter une déclaration sur l'honneur à votre structure mentionnant que vous n'avez aucune contre-indication à la pratique de la danse.

Si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir à la structure. Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire. Attention : en cas de doute sur les réponses à indiquer dans le tableau, l'intéressé est seul responsable de la (ou des) réponse(s) à donner ; en aucun cas le club ne peut décider ou conseiller sur une (ou des) questions et réponse(s) à fournir.

Fait le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_



**DECLARATION SUR L'HONNEUR**



Je soussigné(e),

Monsieur/Madame.....  
né(e) le ...../...../.....,

demeurant.....

.....  
déclare sur l'honneur avoir coché « Non » à toutes les questions figurant sur l'auto- questionnaire médical de la FFD Danse, me concernant OU concernant le(s)enfant(s).....

.....  
dont je déclare avoir la responsabilité légale lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison 2023/2024.

Fait à .....Le .....

Signature de l'intéressé(e) ou du responsable légal pour les mineurs :

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2023/2024 POUR LES MINEURS.

**NOM :**

**PRÉNOM :**

(  le questionnaire obtient un OUI, le certificat médical sera obligatoire)

Sexe :  fille  garçon

Ton âge : ans

### DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE :

- 1) Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?  oui  non
- 2) As-tu été opéré(e) ?  oui  non
- 3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?  oui  non
- 4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?  oui  non
- 5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?  oui  non
- 6) As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?  
 oui  non
- 7) As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?  
 oui  non
- 8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?  
 oui  non
- 9) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  
 oui  non
- 10) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?  
 oui  non
- 11) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?  
 oui  non
- 12) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?  
 oui  non

### DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (plus de 2 semaines) :

- 13) Te sens-tu très fatigué(e) ?  oui  non
- 14) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?  oui  non
- 15) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?  oui  non
- 16) Te sens-tu triste ou inquiet ?  oui  non
- 17) Pleures-tu plus souvent ?  oui  non
- 18) Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?  
 oui  non

### DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE :

- 19) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?  oui  non
- 20) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?  oui  non
- 21) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?  oui  non

### QUESTIONS À REMPLIR PAR LES PARENTS :

- 22) 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 ?  oui  non
- 23) Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?  
 oui  non
- 24) 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.)  oui  non

Fait le : \_\_\_\_\_ à :



**DECLARATION SUR L'HONNEUR**



Je soussigné(e),

Monsieur/Madame.....  
né(e) le ...../...../.....,

demeurant.....

.....  
déclare sur l'honneur avoir coché « Non » à toutes les questions figurant sur l'auto- questionnaire médical de la FFD Danse, me concernant OU concernant le(s)enfant(s).....

.....  
dont je déclare avoir la responsabilité légale lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison 2023/2024.

Fait à .....Le .....

Signature de l'intéressé(e) ou du responsable légal pour les mineurs :