



FICHE D'INSCRIPTION - ANNÉE 2020 - 2021

Merci de bien remplir les DEUX feuilles

A remettre uniquement aux personnes du bureau Eva / Sylvie / Cathy ou par courrier à :

**Mme GEORGIN Cathy
5 place des Châtaigniers
77230 Dammartin-en-Goële**

NOM (de l'élève) :

PRENOM :

NOM (du tuteur ou des parents, **si différent de l'élève**) :

DATE DE NAISSANCE :

VILLE :

Email (en Majuscules) :

TELEPHONE (Impératif) : **Domicile** : **Portable** :

Nous invitons vivement les élèves et leurs parents à prendre connaissance du règlement intérieur. L'association vous informe que les horaires de cours vous seront communiqués à la rentrée.

Un certificat médical **OBLIGATOIRE (voir explication et questionnaire au dos de cette feuille) ***

1 photo d'identité Cotisation de 110 € (Othis) et 120 € (extérieur)

Engagement Charte Autorisation sortie de cours/publication photographies/Fiche médicales

Tous ces documents sont à fournir à l'inscription.

Règlements * :

CHEQUE n°..... Banque :

ESPECE BON MAIRIE (Remis au forum)

***Le règlement doit être joint obligatoirement à la réinscription. Celui-ci sera encaissé début Octobre ou si vous le souhaitez par échelonnement en 3 fois.**

Veillez cocher votre souhait :

En 1 seule fois : OCTOBRE **En trois fois :** OCTOBRE NOVEMBRE JANVIER

*** Nouvelle réglementation, depuis le 1er juillet 2017, les certificats médicaux sont valables 3 ans.**

Celui-ci est obligatoire pour tous les nouveaux adhérent(e)s même s'ils ont répondu NON au questionnaire.

Les adhérents devront remplir, dans l'intervalle de ces trois ans, un questionnaire de santé.

De ce fait, uniquement pour les adhérents et adhérents ayant répondu "OUI" au questionnaire de santé au dos de la feuille, devront nous fournir un certificat médical pour l'année en cours.

Celui-ci devra être remis au plus tard le 15 octobre, sans retour de ce document à cette date, l'élève ne sera plus accepté en cours.

AUTORISATION DE SORTIE DE COURS/PUBLICATION DE PHOTOGRAPHIES/FICHE MÉDICALES

Je soussigné(e)..... (Représentant légal) **Autorise** **N'autorise pas**

L'Association FLASHDANSE d'Othis à prévenir les secours en cas d'accident lors du cours de mon enfant ou moi-même.

Par la présente l'Association Flashdanse d'Othis à diffuser les photographies : **Moi-même** ou **Mon enfant**

Qui seraient prises dans le cadre des cours de danse, du Gala annuel de danse et autres activités organisées par l'association Flashdanse d'Othis. Ceci, en vue de les afficher.

Mon enfant à quitter la salle de danse à l'issue de chaque cours de danse, et décharge de toute responsabilité

L'Association FLASHDANSE d'Othis pour les incidents survenant en dehors de la salle de cours : **OUI** **NON**

Ces autorisations sont valables pour une durée indéterminée et pourront être révoquées à tout moment par demande écrite de l'intéressé(e) auprès du bureau de FLASHDANSE.

Les présentes autorisations sont personnelles et incessibles, et ne s'appliquent qu'aux supports explicitement mentionnés.

Pathologie ou Allergie de mon enfant :

A ce jour ou Durant les douze derniers mois :

	OUI	NON
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"/>
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"/>

Si vous avez répondu NON à toutes les questions en ayant bien compris la question

(une réponse « je ne sais pas » est considérée comme « oui » et donc nécessite l'avis d'un médecin) :

- Pas de certificat médical à fournir pendant 3ans.
- Mais attestez, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement

Si vous avez répondu OUI à une seule ou plusieurs questions :

- **Certificat médical à fournir obligatoirement**

A....., le /..... /..... Signature