



SAISON 2018 – 2019



Site : <http://www.sautrontwirlingsport.com/>

DOSSIER D'INSCRIPTION

Les inscriptions auront lieu le
Samedi 1 sept. 2018 et le mercredi 5 sept. 2018
Salle Antarès

De 13h30 à 15h le samedi et de 18h30 à 20h le mercredi

Merci de rapporter les documents suivants :

- Autorisation parentale (remplie et signée des 2 parents)
- La fiche de renseignement
- Une photo d'identité
- 1 chèque de caution de 40 euros pour le bâton (non encaissé)
- Le règlement de la cotisation annuelle, tarifs saison 2018-2019
- Un certificat médical autorisant la pratique du Twirling en compétitions daté après le 1^{er} juillet 2018, ou le questionnaire santé.

Montant des cotisations

	SAUTRON	HORS SAUTRON
1 membre	85€	90€
2 membres	150€	160€

A la charge du Twirler :

- la tenue complète (pour les individuels), collants, chaussettes, chaussures (pour les équipes)
- les passages de degrés.
- les forfaits week-end des championnats individuels et équipes

**LE TWIRLING SE PRATIQUE EN EQUIPE
AINSI QU'EN INDIVIDUEL OU EN DUO
POUR CELA MERCI DE RESPECTER LES OBLIGATIONS SUIVANTES :**

- La présence du Twirler à tous les entraînements est importante :
 - pour la construction de la chorégraphie présentée aux Championnats
 - pour ne pas pénaliser l'équipe entière
 - pour respecter le travail des monitrices qui donnent de leur temps bénévolement
- La participation obligatoire aux compétitions auxquelles l'équipe est engagée

Fiche d'inscription

SAISON 2018 – 2019



TWIRLER

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Tél

Email :

PERE

MERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Email :

Tél :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Email :

Tél :

Consignes de responsabilité des parents

- ➔ Les parents doivent s'assurer de la présence de la monitrice avant de laisser leur enfant dans la salle de sport.
- ➔ Les parents sont responsables de la sécurité de leur enfant à l'extérieur de la salle avant et après l'entraînement.
- ➔ Tout accident, vol, perte (vêtement ou bijoux) et dégradations du matériel mis à la disposition sont sous la responsabilité des parents qui attestent avoir souscrit une assurance Responsabilité Civile couvrant la pratique du Twirling Bâton sous licence.
- ➔ Autoriser les responsables du Club, en cas d'accident grave survenant à mon enfant, à le faire transporter au CHU.
- ➔ Le Club n'assurant pas le transport, les parents doivent accompagner les enfants aux Championnats. Dans certains cas un déplacement collectif peut être prévu avec une participation financière éventuelle.

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'enfant :

- Certifie avoir pris connaissance du règlement, accepte les consignes et m'engage à les respecter
- Autorise n'autorise pas
La prise de photos ou vidéos lors des championnats et toute autre manifestation qui peut avoir lieu au cours de la saison et permet leur diffusion sur différents supports (écrits, électroniques, audiovisuels, presse et site internet), ceci sans limitation de durée.
- Autorise n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après l'entraînement

Date :

Signature :

Signatures obligatoires des responsables légaux précédé de la mention «lu et approuvé »

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2018/2019

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNÉE 2018-2019

Nom _____ Prénom _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Merci de répondre à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé par OUI ou par NON durant les douze derniers mois

		OUI	NON
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"/>
À 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"/>

(NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

✂ PARTIE À DÉTACHER

ATTESTATION SANTÉ POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNÉE 2018-2019

Je, soussigné(e) : Nom _____ Prénom _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

A

Le