

DESTINATION COUNTRY 94



ANNEE 2018-2019

Montant de la cotisation annuelle :

165 euros par personne - 255 euros pour les couples

Cours du 10 Septembre 2018 à fin Juin 2019. Pas de cours pendant les vacances scolaires.
Possibilité d'assister aux cours de tous les niveaux.

Lieu/horaires des cours :

Maison du Citoyen et de la Vie Associative
16 Rue du Révérend Père Aubry - 94120 FONTENAY-SOUS-BOIS

Cours débutants :	Mercredi - 20h30 à 21h30	Salle : Orangerie
Cours novices :	Mercredi - 21h30 à 22h30	Salle : Orangerie
Cours intermédiaires/avancés :	Lundi - 20h30 à 22h30	Salle : Orangerie

Obligatoire :



Nous fournir un certificat médical

OU

Si vous nous en avez déjà fourni un les saisons précédentes (daté de moins de 3 ans) :
nous fournir le questionnaire de santé ci-joint, renseigné, daté et signé

Renseignements :

Pour tout renseignement :

- écrivez-nous sur destinationcountry94@gmail.com
- joignez nous par téléphone au **06 69 44 53 47**
- consultez notre site internet : www.destinationcountry94.fr

DESTINATION COUNTRY 94

INSCRIPTION 2018-2019

À remettre au prochain cours, avec votre règlement et votre certificat médical ou questionnaire de santé

Nom :		Prénom :	
Mail :			
Tél. Portable :		Date naissance :	
Adresse			
Code Postal :		Ville :	
En cas d'urgence, prévenir :		Téléphone :	
Votre niveau :	<input type="checkbox"/> Débutant	<input type="checkbox"/> Novice	<input type="checkbox"/> Intermédiaire <input type="checkbox"/> Avancé

Avez-vous déjà une assurance (adhésion autre club) ? OUI NON

Si oui, nom du club : _____

Règlement

en espèce ou par chèque (à l'ordre de Destination Country 94) :

165 € par personne

espèces

chèque

255 € pour les couples

espèces

chèque

QUESTIONNAIRE DE SANTE

POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE

auprès du club _____

affilié pour l'exercice 2018 /2019

à la Fédération Francophone de Country Dance et Line Dance (FFCLD)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Mail : _____

Tél. : _____

Ayant adressé et fourni un certificat médical en date du _____
auprès du dit club , je renouvelle mon adhésion accompagné de ce questionnaire rempli par moi-même. (Cette procédure est appliquée du fait que j'ai déjà fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans)

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive (parution au J.O. n° 0105 du 4 mai 2017 exte n°102)

Questions	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 du 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 :	<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 du licencié ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 »

« Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : certificat médical à fournir. Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné ». 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 _____

Signature de l'intéressé :

Ecrire la phrase manuellement : « J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence 2018/2019 en tenant compte des notifications indiquées à la suite du tableau »

Questionnaire réceptionné par le club en date du : (à conserver par le club)