

## AMM - BULLETIN INSCRIPTION AMM saison 2018-2019

Mr  Mme  Melle

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

NOUVEAUX  / RENOUELEMENT ANNUEL  / RENOUELEMENT MENSUEL

Adresse mail (à remplir en majuscule et lisiblement):


Documents à fournir obligatoirement lors de votre inscription:

- Questionnaire médical
- 1 photo
- Bulletin d'inscription
- Justificatif de domicile (facture EDF, téléphone, ...) pour les habitants de Maisons-Laffitte uniquement, à l'exclusion de toute attestation d'un tiers.
- Paiement par chèque libellé au nom de l'AMM**  
(2 chèques possibles, indiquer une date d'encaissement si vous le souhaitez)

	Annuel	Mensuel
<b>Habitants Maisons-Laffitte</b>	<b>220</b>	<b>30</b>
<b>Habitants autres communes</b>	<b>300</b>	<b>35</b>

**Seuls les dossiers complets sont acceptés , à fournir à un membre du bureau**

**Aucune inscription ne sera remboursée une fois le dossier donné à la section**

**Je confirme avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché dans la salle et m'engage à le respecter ; dans son intégralité, sous peine d'exclusion de l'association**

**Date:**

**Signature :**

----- *Information à remplir par le responsable de salle* -----

**N° CARTE 2018 / 2019 :**

**Mensuel/Annuel:**

**Date de validité:**

**Inscription réalisée par :**

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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. Simplement atteste, 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.

NOM:

Prénom:

Date:

Signature: