



ASCEE 26
couleur passion

Adhésion Individuelle 2025-2026

Extérieur

Agent Adhérent ASCEE26

ANNUELLE

Pour l'activité GYMNASTIQUE

Référent de l'activité : Malika Boussahela

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse personnelle :
.....
.....

Adresse mél personnelle:.....@.....

Téléphone(s) : domicile et portable
.....

Parrainé(e) par : N° adhérent.....

Montant : **1 cours** : €/personne et **2 cours** : € /personne

En adhérant, je m'engage à respecter l'esprit,
les statuts et les règlements propres à
l'ASCEE26.

Fait à....., le.....

(signature)

Réservé ASCEE

N° adhérent :

Enregistrement OLGUA :/...../.....



ASCEE 26
couleur passion

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE RÉPONSE AU CONTENU DU
QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ POUR
LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE**

ADHÉRENT MAJEUR

Je soussigné(e) M/Mme

Prénom : Nom:.....

ASCEE26 : N° adhérent :

Adresse :

.....

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le.....

Signature :

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT ADULTE** »

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*

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | 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) 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 ? | 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.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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.