

Je soussigné(e), _____, :

✓ Autorise l'Association Dansarte par son représentant délégué présent sur place, s'il n'a pas pu me contacter, à prendre toute décision nécessaire en cas de maladie (s), blessure (s), ou d'accident(s) survenus pendant son activité (échauffement, représentations, transport, séjour) **Je donne également mon accord au médecin responsable pour pratiquer toute intervention ou soin qu'il jugerait nécessaire, y compris l'hospitalisation.**

✓ Certifie qu'il/elle n'a **aucune contre-indication à la pratique d'une activité physique.** Atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé Dansarte ci-joint et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

✓ J'autorise l'Association Dansarte à **utiliser des images, photos et vidéos de mon enfant** à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives susceptibles d'être utilisées librement et gracieusement dans des supports ultérieurs ou sur notre site internet.

✓ J'ai bien pris connaissance du **règlement intérieur** et je prends l'engagement de respecter chacune des règles établies.

Fait à Angers le _____

Signature

Mention « lu et approuvé »



FICHE D'INSCRIPTION ADULTES

N° d'adhésion : _____

N° Carte Fédération : _____

SAISON 202__ / 202__

PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le :/...../.....

Adresse : _____

Commune : _____ Code postal : _____

Email : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Profession : _____

134, Rue Saint-Léonard – 49.000 – Angers

Tél. 06.22.74.63.97

Email : dansarte49@gmail.com

Site : <http://dansarte.fr/>

PERSONNE A PREVENIR

Nom – Prénom : _____

Email : _____

Téléphone : _____

Profession : _____

Coordonnées médicales :

Nom – Prénom du médecin : _____

Téléphone : _____

Date Certificat Médical : _____

N° Sécurité sociale : _____

Mutuelle : _____ N° adhérent : _____

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS : SANS COCHER**

**O
U
I**

**N
O
N**

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? 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) Avez-vous 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

ACTIVITE

Danse Barre au Sol Barre Pilates
 Yoga Danse spécialisée Capoeira Autres

1 Cours : _____ 2 Cours : _____

3 Cours : _____ 4 Cours : _____

Intensif de création : 1^{ère} semaine 2^{ème} semaine Les deux

Fevrier : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

Avril : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

Juillet : 5 COURS 10 COURS INTENSIF

PAIEMENT

✓ J'accepte le devis pour un total de _____ payé en ____ fois :

JUIN JUILLET AOUT SEPTEMBRE OCTOBRE
 NOVEMBRE DECEMBRE JANVIER FEVRIER MARS
 AVRIL MAI

✓ Je verse la somme de l'adhésion et fédération en une fois lors de mon inscription.

ANCV ESPECES CHEQUE PRELEVEMENT BANCAIRE

Fait à Angers le _____

Mention « lu et approuvé »

_____ signature