

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<sup>ère</sup> semaine     2<sup>ème</sup> 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