



## BULLETIN D'INSCRIPTION 2022 / 2023



NOM :

PRÉNOM :

SEXE : F  M

DATE de NAISSANCE :

LIEU de NAISSANCE :

ADRESSE :

CP / VILLE :

MAIL 1 :

TELEPHONE :

MAIL 2 :

TELEPHONE :

(Pour les parents séparés merci de renseigner mail et tel des deux parents)

### PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

(Nom, Prénom, liens de parenté, téléphone)

NOM	Prénom	Liens	N° Téléphone

### COTISATION SAISON 2022 / 2023 (Merci de cocher votre choix)

Groupe water-polo 15 ans et + - Année complète 180 €

Règlement annuel possible en 3 chèques à l'ordre du DOLE WATER POLO

Moyen de paiement :  chèque  virement  chèque vacances  autres

Demande de justificatif de paiement de licence :  oui  non



## **ENGAGEMENT**

Je soussigné(e) ...

Demeurant ...

Accepte sans réserve les statuts et le règlement intérieur du Dole Water-Polo (règlement disponible sur simple demande).

Autorise le club à utiliser des photographies ou vidéos réalisées lors des activités pour illustrer ses supports de communication.

Autorise le club à diffuser mes coordonnées (adresses mail et numéros de téléphone) à l'ensemble des adhérents de l'association concerné par les cours de mon ou mes enfants. (Création de groupe whatsapp)

Reconnais être informé que le club décline toute responsabilité sur les vols pouvant survenir pendant la pratique de l'activité.

Autorise le club à déposer une demande de licence auprès de la FFN en acceptant les conditions d'assurance garantie de base « individuelle accident », sans souscrire d'option complémentaire. Toutefois, si vous souhaitez cette option, adressez-vous aux dirigeants.

Accepte les moyens utilisés de transport par le club pour les déplacements (matches, entraînements et activités).

M'engage à être assidu aux entraînements, matches ainsi qu'au manifestation liés au club.

Le Dole Water-Polo est responsable de ses licenciés uniquement lors des entraînements, des compétitions et des manifestations en lien avec la vie du club.

Autorise tout médecin agréé par le Ministère des Sports à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage.

Autorise les dirigeants du club à prendre toutes mesures nécessaires à la santé et à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

A ... , le ... / ... / ...

Signatures du licencié

représentant légal (si besoin)

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

**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.



## **CERTIFICAT MEDICAL**

Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016

Je soussigné(e) Docteur .....

Certifie, après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur et que

M .....

est apte à pratiquer le Water-Polo en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.

A .....

, Le .....

Signature du Médecin

Cachet