



# SC GIÈRES BASKET

## ADHÉSION LOISIRS 2018-2019

09.53.45.38.61 - basket.gieres@gmail.com - www.sc-gieres.com

### PIÈCES À FOURNIR AVEC CETTE FEUILLE

- 1 enveloppe timbrée et libellée à votre adresse,
- une attestation d'assurance personnelle,
- Le paiement de la cotisation annuelle fixée à **90 euros** :
  - Par chèque à l'ordre du « Sporting Club Giérois »
  - En espèces
  - Avec des coupons ANCV

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NOM : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ..... Tél Portable : .....

E-mail : (*obligatoire*) .....

Profession ou établissement scolaire fréquenté : .....

Problèmes médicaux éventuels : .....

### CERTIFICAT MÉDICAL

#### **IMPORTANT : RÉFORME DU CERTIFICAT MÉDICAL**

> **Si vous étiez adhérent du SC Gières la saison passée : si votre dernier certificat médical nous a été transmis après le 1er septembre 2016, vous devez remplir le questionnaire de santé en page 2 et nous l'adresser.**

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, vous devez nous fournir un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du basket (ci-dessous).

> **Pour les nouveaux adhérents : vous devez nous fournir un certificat médical (ci-dessous).**

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné Mr/Mme/Melle : .....

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basketball.

Taille : ..... cm

Date : ..... / ..... / .....

Signature du Médecin :

Cachet du Médecin :

### DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) .....

autorise le SC Gières Basket à utiliser mon image dans le cadre exclusif de son activité.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

## SAISON 2017-2018

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>

**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.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent :