



AUTORISATION PARENTALE
D'INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE

Bulletin d'Adhésion

Je soussigné(e)
Demeurant
Code postal Ville
Tél. e-mail

Reconnais avoir pris connaissance des statuts de l'association, avoir été informé de la proposition d'une assurance supplémentaire et avoir réglé une adhésion annuelle de 16 Euros. J'ai par ailleurs été informé qu'une fois la cotisation réglée et les cours démarrés, je ne peux prétendre à aucun remboursement, l'Association se basant sur les adhésions de début d'année pour planifier ses cours et son fonctionnement.

Date (lu et approuvé)
Signature

Inscription au Cirque

(\*) tarif non campinois

Nom : Prénom : Date de naissance :
5/6 ans - 200 €/225 € (\*) 7/9 ans - 240 €/265 € (\*) 10/18 ans - 240 €/265 € (\*)
16 euros d'adhésion à l'Association par famille inclus dans tarifs

Nom : Prénom : Date de naissance :
5/6 ans - 200 €/225 € (\*) 7/9 ans - 240 €/265 € (\*) 10/18 ans - 240 €/265 € (\*)
16 euros d'adhésion à l'Association par famille inclus dans tarifs

Nom : Prénom : Date de naissance :
5/6 ans 200 €/225 € (\*) 7/9 ans - 240 €/265 € (\*) 10/18 ans - 240 €/265 € (\*)
16 euros d'adhésion à l'Association par famille inclus dans tarifs

Règlement 1 fois (fin octobre) 2 fois (fin 10 & fin 01) 3 fois (fin 10 - fin 01 & fin 04)

Chèques à l'ordre de SEMER A COEUILLY

attestation de paiement certificat médical

Par quel moyen avez-vous connu l'association ?

- Forum des Associations
Journal de Champigny
Autres, préciser

Je, soussigné(e)
Père, mère, tuteur (rayer la mention inutile)
Adresse :
N° Sécurité sociale

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom, prénom :
Né(e) le :

AUTORISE :

- Le transfert (à mes frais) de mon enfant par une ambulance si nécessaire.
Le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical si nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention chirurgicale que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

Fait à Le
(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

CONTACTS :

Mère : N° tél. domicile
N° tél. portable

Père : N° tél. domicile
N° tél. portable

Tuteur : N° tél. domicile
N° tél. portable

Toute autre personne joignable en cas d'urgence :

Nom, prénom :

Adresse :

N° tél. domicile

N° tél. portable

**AUTORISATION DE PRISE DE VUE, DE REPRODUCTION, DE REPRESENTATION  
D'UNE IMAGE**

Monsieur, Madame,.....

Responsable légal du mineur .....

Demeurant.....

Garanti qu'il (qu'elle) n'est pas lié(e) par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de son image ou de son nom,

Autorise(nt) ASCS Semer à Coeuilly – Les Choux du Cirque, situé au 15 rue Detaille 94500 Champigny sur Marne, à Photographier, filmer, et utiliser son image, la reproduire ou la représenter pour les usages suivants :

Barrer la mention non souhaitée.

- ✓ Expositions photographies
- ✓ Présentation sur le site internet de l'Etablissement à l'adresse [www.semeracoeuilly.jimdo.com](http://www.semeracoeuilly.jimdo.com)
- ✓ Publication presse : Champigny Notre Ville
- ✓ flyers, affiches publicitaires
- ✓ Teaser vidéo ou diaporama (page Facebook)

Les photographies et vidéos pourront être utilisées et exploitées selon tous les rapports de dimension et de forme.

L'autorisation est conférée à titre gratuit. En conséquence, aucune rémunération ou dédommagement de quelque nature que ce soit ne pourra être réclamée à l'établissement.

L'Etablissement s'interdit de céder ou de concéder le bénéfice de la présente autorisation à un tiers.

L'Etablissement s'interdit de diffuser toute photographie qui pourrait porter atteinte à la dignité et à l'honneur de la personne photographiée.

Les signataires se déclarent informés du fait que les photographies ou vidéos réalisées seront diffusées sur les différents supports de communication choisis et que la communication au public ainsi réalisée ne peut pas nécessairement être contrôlée (création de liens hypertextes, copies des photos).

Les signataires pourront à tout moment demander à ce que les photographies ou vidéos soient retirées du ou des support(s) concerné(s). Cette demande sera formulée à l'adresse de l'ASCS CHOUX DU CIRQUE par lettre recommandée avec accusé de réception. Le retrait sera effectué dans un délai raisonnable au regard des contraintes techniques imposées par la modification du ou des supports sur lesquels figurent les photographies ou vidéos.

A Champigny, le

Signature

**Questionnaire de santé utilisé par la Fédération Française de Gym et  
Se substituant au certificat médical.**

**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 crise Cardiaque ou inexplicquée ?

2 - Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, Un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

3 - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

4 - Avez-vous eu une perte de connaissance ?

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 ?

6 - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors Contraception et désensibilisation aux allergies) ?

**A ce jour :**

7 - Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite A un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, Déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?

8 - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

9 - Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique Sportive ?

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, le certificat médical est Obligatoire pour la pratique de cette activité.**

**Pour les mineurs, signature du représentant légal :**

Danièle 06 79 46 69 13