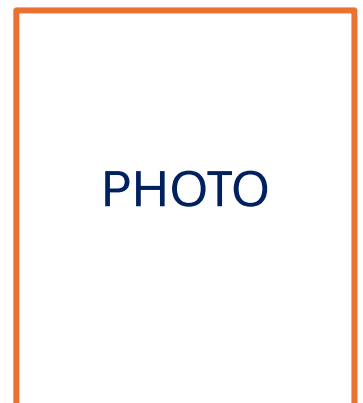


PIÈCES À FOURNIR

- Fiche de renseignements complétée et signée
- Certificat médical de non-contre-indication aux activités multisports
- Information complémentaire assurance
- Photo d'identité
- Règlement à l'ordre de l'USC Multisports

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Adresse	
Mail	
Numéro de téléphone	



Téléphone de la personne à prévenir en cas d'urgence :

Souhaitez-vous devenir bénévole pour l'USC Multisports ? OUI NON

PROGRAMME DES ACTIVITÉS 2024 – 2025 et TARIFS

*En adhérent au Multisports Adultes : Vous participez à **1 séance par semaine** tout au long de l'année scolaire (hors vacances scolaires) sauf pour l'activité maman/bébé (engagement au trimestre).*

Choisissez votre cours dans le tableau ci-dessous (cochez la case du cours choisi) :

ADULTES (1 cours /semaine)	
Multisports seniors - le mardi - maison des associations 10h-11h	<input type="checkbox"/>
Multisports pour ELLES - le jeudi - maison des associations 10h-11h	<input type="checkbox"/>
Multisports maman bébé - le jeudi - maison des associations 11h-12h	<input type="checkbox"/>
Multisports adultes - le jeudi - gymnase Jean Jaurès 19H-20H	<input type="checkbox"/>

Tarifs 2024-2025	Sainte Thérèse	Columérins	Non Columérins
Enfant né en 2014-2015	180 €	190 €	195 €
Enfant né en 2016-2017-2018	180 €	190 €	195 €
Enfant né en 2019-2020	150 €	160 €	165 €
Adulte, Séniors, ELLES		180 €	185 €
Maman- bébé (tarif au trimestre)		60 €	65 €

Réduction famille :

2^{ème} adhésion -10 €

3^{ème} adhésion et au-delà -15 € par adhésion supplémentaire.

DROIT À L'IMAGE ET RGPD

Je soussigné(e) Nom – Prénom :

Demeurant :

OUI – NON J'autorise l'USC Multisports à utiliser les images (photos, prises de vues et interviews réalisées au cours des activités) pour une utilisation sur nos supports de communication, sans qu'elle donne droit à une compensation.

OUI – NON J'autorise l'USC Multisports à conserver les coordonnées personnelles pour la saison 2024/2025 et à les diffuser uniquement en cas de besoins spécifiques (licence, inscription à certaines activités).

Signature :

En fonction de votre âge

- un certificat médical tous les 3 ans de 0 à 49 ans.
Dans l'intervalle et pour les personnes de moins de 50 ans, le questionnaire de santé devra être complété.
- un certificat médical tous les ans pour les personnes de plus de 50 ans.

CERTIFICAT MÉDICAL
AUTORISANT LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE MULTISPORTS

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour

Mme ou M.

Né(e) le/...../.....

Certifie après examen que son état de santé actuel : Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique du Multisports.

Date :

Signature et Cachet :

INFORMATION ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Je déclare avoir pris connaissance du tableau des garanties complémentaires et je choisis en connaissance de cause d'adhérer à l'option :

Choix de la formule :

- Formule 1 – tarif = 6,00 € TTC / adhérent
- Formule 2 – tarif = 9,00 € TTC / adhérent
- Je refuse ces deux options, mais j'atteste avoir été informé(e) et incité(e) par l'USC Multisports à souscrire cette assurance complémentaire. (Qui vient compléter mon régime obligatoire).

Date et Signature :

Pour en savoir plus : [ici](#)

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

Durant les douze derniers mois :

OUI NON : Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?

OUI NON : Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

OUI NON : Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

OUI NON : Avez-vous eu une perte de connaissance ?

OUI NON : 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 ?

OUI NON : Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

A ce jour :

OUI NON : 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 : Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

OUI NON : Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

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 atteste, selon les modalités prévues par le club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de l'adhésion.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous êtes fumeur, nous vous conseillons une consultation médicale. Si vous êtes suivi pour une pathologie chronique, avertissez votre médecin de votre pratique sportive.

Je soussigné(e) atteste avoir répondu NON à toutes les questions de ce questionnaire santé.

Je ne fournirais pas de certificat médical pour la saison 2024-2025.

Date et Signature :