

# ACTIVITES SPORT SANTE ADULTE

## FICHE D'INSCRIPTION 2026-2027

### RENSEIGNEMENTS

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nom                |  |
| Prénom             |  |
| Adresse            |  |
| Téléphone fixe     |  |
| Téléphone portable |  |
| Adresse mail       |  |
| Date de naissance  |  |
| Profession         |  |

## CALCULEZ LE COÛT DE VOS ACTIVITES

**LE DOSSIER D'INSCRIPTION DOIT ÊTRE COMPLET AVEC LE RÈGLEMENT OBLIGATOIREMENT EFFECTUÉ AVANT LE 30 SEPTEMBRE 2026**

**ADHÉSION MAISON SPORT SANTE ..... 5 €**

SPORT SANTE ADULTES ACTIVITE 1 : .....€

SPORT SANTE ADULTES ACTIVITE 2 : .....€  
**(-50% SUR L'ACTIVITÉ LA MOINS CHERE)**

ATELIER PASSERELLE: .....€

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE  
**(1 COURS COLLECTIF)** .....€

ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE  
**(2 COURS COLLECTIFS)** .....€

ONCO'SPORT : 0 €

**MONTANT TOTAL .....€**

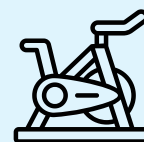
Pour les activités biking/rameur, carte de 10 séances : 50€

Possibilité de payer à la séance : 7€

Les inscriptions se font via l'application GOOVE

Pour y accéder merci de nous envoyer un mail :

[mssnordcantal@asljmauriac.com](mailto:mssnordcantal@asljmauriac.com)



AFIN DE **CALCULER VOTRE TARIF**, MERCI DE JUSTIFIER DE VOS REVENUS SOIT EN FOURNISSANT L'ATTESTATION DE QUOTIENT FAMILIAL SOIT VOTRE AVIS D'IMPOSITION. REGLEMENT POSSIBLE, PAR CHEQUE, ESPECES, ANCV OU PASS CANTAL

REGLEMENT EN PLUSIEURS FOIS ACCEPTÉ; NOUS REMETTRE PLUSIEURS CHÈQUES AVEC DATE D'ENCAISSEMENT AU DOS.

POSSIBILITÉ DE PAIEMENT AU TRIMESTRE.

LES INSCRIPTIONS EN COURS D'ANNEE SONT POSSIBLES SELON LES PLACES DISPONIBLES, LE TARIF SERA CALCULE AU PRORATA



## CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DU SPORT EN LOISIRS

Je soussigné, Docteur ..... , certifie avoir examiné ce  
jour Monsieur / Madame ..... , né le ..... / ..... / .....

Son état de santé ne présente pas ce jour de contre-indication apparente à la pratique  
du sport en loisirs

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains  
propres.

Fait le

Cachet et signature du médecin

Conformément aux dispositions du Code du Sport relatives au certificat médical et notamment le décret n°2016-1157, le certificat ci-présent n'est  
pasvalable pour les disciplines à contraintes particulières suivantes :

- L'alpinisme
- La plongée subaquatique
- La spéléologie
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O (Ex : Boxe anglaise)
- Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé (Tir, Ball-trap, Biathlon)
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur, à l'exception du  
modélisme
- Le automobile radioguidé (Sport auto, karting et motocyclisme)
- Les disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition, à l'exception de l'aéromodélisme (Ex: Voltige aérienne)
- Le parachutisme
- Le rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII

Modèle de certificat médical proposé par DOKEDP - www.dokedp.com  
conforme à l'article L231-2 et l'article L231-3 du code du sport.

### Renouvellement de licence d'une fédération sportive

## Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Le 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"/> |
| <b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</b>                                                                                                                                     |  |                          |                          |

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, 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.

date ..... signature :