



BULLETIN D'ADHESION / RENOUELEMENT D'ADHESION SAISON 2026 - 2027

Merci de bien vouloir compléter en LETTRES MAJUSCULES.

NOM D'USAGE :PRENOM :

NOM DE NAISSANCE (**obligatoire**) :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

VILLE :CODE POSTAL :

NUMERO DE TELEPHONE :

E-MAIL en LETTRES MAJUSCULES :@.....

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR L'ADHESION (à compléter par l'association) :

- Attestation signée
- Chèque de 190 Euros
- Chèque de 170 Euros
- Espèces : 190 Euros.
-chèques deEuros

La cotisation est annuelle et ne fera l'objet d'aucun remboursement en dehors des situations expressément prévues au règlement intérieur. Elle peut faire l'objet d'un échelonnement en 3 fois maximum.

Nouvel adhérent : Comment avez-vous connu l'association (Flyer, Site, Presse, Bouche à oreille)

.....

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur téléchargeable sur notre site (<https://gvlacadiere.e-monsite.com>)

DROIT A L'IMAGE : J'autorise Je n'autorise pas

L'association Gymnastique Volontaire La Cadière dans le cadre de ses activités, à me photographier, me filmer à titre gratuit et à exploiter ces clichés à des fins de communication. Ces photographies ou films sont susceptibles d'être reproduits sur différents supports (papier, support analogique ou numérique).

Fait le : Signature obligatoire :

Questionnaire de santé

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES : COCHEZ OUI OU NON	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une maladie chronique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Eprenez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissements ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 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"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié(e).

☛ Si vous répondez "**NON**" à toutes les questions ci-dessus : merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à la GVLC.

☛ Si vous avez répondu "**OUI**" à une ou plusieurs questions ci-dessus votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat de moins de 6 mois à remettre à la GVLC.

Volet à remettre à l'association

ATTESTATION EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE A LA FFSV.

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom*)

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu négativement à l'ensemble des questions du questionnaire de santé.

Saison 2026 / 2027

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