



GVLC

BULLETIN D'ADHESION SAISON 2025-2026

Merci de bien vouloir compléter en LETTRES CAPITALES.

NOM : PRENOM :

NOM DE NAISSANCE (**obligatoire**) :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TELEPHONE FIXE OU PORTABLE :

E-MAIL en LETTRE CAPITALE :

..... @

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR L'ADHESION :

- Attestation signée
- Chèque de 180 Euros

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

.....

Je soussigné(e) déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché dans le local à matériel de la GVLC

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 photographiques ou films sont susceptibles d'être reproduits sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique).

Fait le :

Signature obligatoire :

Questionnaire de santé

REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON	OUI	NON
DURANT LES DOUZES DERNIERS MOIS :		
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 du 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"/>
A CE JOUR :		
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		

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n° 0105 du 4 mai 2017

Si vous répondez "NON" à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir. En revanche, si vous répondez "OUI" à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (*Nom, Prénom*)

atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé;

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