



BODY MOVE ASSOCIATION

ANNEE 2017-2018

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ADULTES

Nom:..... Prénom:
Date et lieu de naissance
Adresse:.....
Code postal : Ville :
Téléphone domicile: Liste rouge [] / Téléphone portable:
E-mail :

Observations médicales:.....
Asmathiques : Oui [] Non [] Groupe sanguin :
Nom et téléphone du médecin traitant:

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom:..... Prénom:
Tél. domicile : Tél. portable :

Nom:..... Prénom:
Tél. domicile : Tél. portable :

. J'atteste avoir présenté à l'association BMA un certificat médical de moins de 3 mois spécifiant aucune contre indication à la pratique de la Zumba ou autres activité d'expression corporelle.

. J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association, et m'engage à le respecter, faute de quoi ma responsabilité pourrait être retenue et entrainer mon exclusion sans préavis ni remboursement.

. J'autorise les responsables de l'association à me prendre en photos afin de la diffuser sur le site Internet de l'association ou éventuellement sur un journal local (midi libre ou autres) [] OUI [] NON

. J'atteste prendre connaissance que l'association BMA est assurée auprès du groupe MAIF (responsabilité civile et individuelle accident)

. J'atteste également avoir pris connaissance des conditions d'assurance (IA Sport +) mises à disposition par l'association BMA, conformément à l'article 38 de la loi 84-610 du 16 Juillet 1984, modifiée par la loi 2000-627 du 6 Juillet 2000.

Cocher la case correspondant au choix :

- [] Je souscrits aux garanties complémentaires
[] Je refuse de souscrire aux garanties complémentaires

Fait à, le

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

« Ce 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 DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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"/>
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.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.