

INSCRIPTION SAISON 2024-2025

A remplir lisiblement en lettres majuscules

Nom :	_____
Prénom :	_____
Date de naissance :	_____
Adresse :	_____
Code postal – Ville :	_____
Tel portable:	_____
E-mail :	_____

<input type="checkbox"/> Cours le lundi 165 €:	<input type="checkbox"/> Débutant	19h15
	<input type="checkbox"/> Débutant +	20h15
	<input type="checkbox"/> □ □ □ □ □	□ □ □ □ □

Tarif dégressif à partir du second cours ou membres d'un même foyer
Paiement possible en 2 chèques encaissés en octobre 202□ et janvier 202□
ou par virements.

L'adhésion comprend la cotisation à l'association (40€) qui couvre les frais d'assurance et administratifs.

Je souhaite une facture pour mon CE

Total à régler : €

En devenant membre de l'association « **ROUTE 92** » :

- j'accepte de me conformer à ses statuts et son règlement intérieur,
- J'accepte que mon image puisse occasionnellement être utilisée dans le cadre de la promotion de l'association, dans des magazines et sur Internet.
- J'accepte de fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse en ligne ou de remplir le questionnaire de santé téléchargeable si j'ai fourni un certificat médical l'année dernière.
- J'ai noté que l'adhésion est remboursable au prorata mensuel exclusivement en cas de déménagement, mutation, ou arrêt maladie de plus d'un mois. La cotisation n'est pas remboursable

A renvoyer à l'adresse suivante : **ATTENTION: Nous ne pouvons pas accepté un dossier incomplet.**

« **ROUTE 92** », 5 allée des acacias 92310 SEVRES

Accompagné des documents suivants :

- Certificat Médical ou questionnaire médical si certificat médical plus de 2 ans.
- 1 photo numérique à envoyer à route92.assos@gmail.com
- Votre paiement de la totalité (1 chèque ou virement de la totalité ou 2 chèques de 50%)

QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM Prénom :

L'association ROUTE 92 prend acte de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et des textes d'application, notamment sur le point du certificat médical assorti de l'auto-questionnaire annuel de santé.

Elle confirme aux responsables de structures tels que les associations, où se pratiquent les activités dansées, que :

- Ils sont dorénavant légalement responsables du niveau des exigences décidées envers leurs adhérents sur le point du certificat médical de non contre-indication (CNCI) à la pratique, en loisir.
- Ils peuvent inviter leurs adhérents à consulter au moins annuellement leur médecin afin de vérifier leur état de santé et demander le certificat médical adéquat à cette occasion.
- Dans la Loi précitée, rien n'interdit l'exigence du certificat annuel (art 219 et 220).
- L'auto-questionnaire de santé contient des données dont le traitement ou la conservation sont éventuellement interdits par la réglementation européenne à compter du 25 mai 2018, sauf certification officielle (règlement du 27/04/2016, n°2016-679, art 9).
- Pour les compétitions (concours, rencontres), les fédérations sont décideurs en matière de fréquence du certificat médical.

Dans ces conditions, l'association préconise l'exigence d'un certificat médical annuel, précisant la nature de la pratique (loisir ou compétition).

Textes de référence

- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&fastPos=3&fastReqId=1273188524&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> -
RÈGLEMENT (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>

- Code du sport : articles L231-2 à L231-4 Certificat obligatoire
- Code de l'éducation : articles D312-1 à D312-6 Sport à l'école
- Décret du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

NOM Prénom:

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre pratique de la danse.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 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 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 de l'adhérent.**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Cependant, il faudra présenter une déclaration sur l'honneur mentionnant que vous n'avez aucune contre-indication à la pratique de la danse.

Les nouvelles Directives Européennes interdisent aux structures de danse de conserver cet autoquestionnaire (données médicales confidentielles).

Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 :

Article 9 - Traitement portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel

Le traitement des données à caractère personnel qui révèle l'origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique sont interdits.

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

Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Attention : en cas de doute sur les réponses à indiquer dans le tableau, l'intéressé est seul responsable de la (ou des) réponse(s) à donner ; en aucun cas le club ne peut décider ou conseiller sur une (ou des) questions et réponse(s) à fournir.

Fait

le

Signature