



DOSSIER INSCRIPTION
DOCUMENTS À IMPRIMER
SAISON 2022 - 2023





Saison 2022-2023

Catégorie : _____

Type d'inscription : Mini twirl
 Poussin(e)s à seniors

Athlète :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse Email : _____

Mère :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente) : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Adresse Email : _____

Père :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente) : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____

Adresse Email : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. fixe : _____ Tél. portable : _____



Autorisation saison 2022-2023

Je soussigné(e) _____ représentant légal de l'enfant _____

Autorise

N'autorise pas

Le Twirling Club Basse-Goulaine lors d'un entraînement, d'un stage, d'une compétition à prendre le cas échéant, toutes dispositions d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

A cet effet, je vous communique les éléments nécessaires à la prise en charge éventuelle :

Groupe sanguin : _____ N° Sécurité sociale : _____

Allergies : _____

Autorise

N'autorise pas

Toute utilisation de son image lors des activités, stages ou compétitions organisés par le Club, le Comité Départemental, la Ligue ou la FFSTB (photos, vidéos, presse locale ou nationale, blog ou site internet).

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à être transporté dans un véhicule d'un parent ou de location lors d'un entraînement, d'un stage ou d'une compétition.

Autorise

N'autorise pas

Mon enfant à repartir seul pour rentrer à son domicile à l'issue de l'entraînement.

Je reconnais avoir été informé(e) que dès qu'il aura quitté l'enceinte du gymnase, mon enfant ne sera plus sous la responsabilité juridique de l'association TCBG de Basse-Goulaine et des coachs de Twirling et qu'il retombera sous mon entière responsabilité.

Signature des parents :

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Date :



Autorisation d'utilisation de votre adresse mail

Merci de bien vouloir lire et compléter soigneusement le présent formulaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en nous contactant par mail à sponsors.tcbg@gmail.com.

Si vous ne souhaitez pas/plus recevoir nos actualités et sollicitations, vous pourrez envoyer le mot « STOP » par mail à sponsors.tcbg@gmail.com, répondre également par le mot « STOP » à une des newsletters reçues ou enfin utiliser le lien de désinscription présent sur chacune de nos newsletter.

Nom* : _____ Prénom* : _____

Adresse Email* : _____

J'autorise sponsors.tcbg@gmail.com à m'envoyer des emails.*

Je n'autorise pas sponsors.tcbg@gmail.com à m'envoyer des emails.

Fait à le*

Signature*:

Précédée de la mention « Lu et approuvé »*

* Veuillez noter que les réponses aux cases munies d'un astérisque sont obligatoires et nécessaires au traitement de votre demande d'inscription.



Saison 2022-2023

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Répondez aux questions suivantes par oui ou non*

Durant les 12 derniers mois :		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?		
3	Avez-vous eu un épisode de respiration insuffisante (asthme) ?		
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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).		
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.			
Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Ainsi il n'est pas constaté, à ce jour de contre-indication à la pratique du Twirling Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement d'adhésion.			
Si vous avez répondu OUI à toutes les questions : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.			

ATTESTATION

Je soussigné(e) : _____

Déclare avoir précédemment fourni un certificat daté de mois de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'association ne pourra être recherchée

Signature :

Date :