BULLETIN D'ADHESION

Country Spirit Cettois

2026-2027

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tel portable :

Adresse Email :

Date de naissance :

Je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition sur simple demande auprès du bureau. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association et accepte de verser la cotisation due pour l'année 2026-2027

Le montant de l'adhésion à l'association est de 10 euro payable en espèces ou par chèque

Le montant de la cotisation pour les cours est de 140 euro payable en espèces ou par chèque (en 1 fois, 2 fois ou 3 fois)

Fait à Le

Signature
(faire précéder de la mention « lu et approuvé)

<u>Droit à l'image :</u>

Dans le cadre de son site internet et de ses communications diverses (bulletins d'informations, Mails, etc...), relatives à la vie de l'association Country Spirit Cettois vous demande l'autorisation d'accepter les photos et vidéos dans le cadre des manifestations de l'association.

Je soussigné(e) ..... (nom et prénom de l'adhérant ou du représentant légal pour un mineur) autorise l'association Country Spirit Cettois à utiliser sans contrepartie les photos et/ou vidéos prises dans le contexte précis signalé ci-dessus.

Date : Signature de l'adhérent ou de représentant légal :

Country Spirit Cettois

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.
Ce questionnaire de santé vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive.

S'il vous plait, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions ; 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 ?		
2- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
3- Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidienne ou lorsque vous faites une activité physique ?		
4- Eprouvez-vous des pertes d'équilibres liées à des étourdissements ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?		
5- Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?		
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....) ?		
NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et de signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou de poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport.
Pour rappel, un certificat médical est valable 3 ans.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Année 2026-2027

Je soussigné(e) ....., né(e) le .....

Atteste avoir renseigne le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé

A .....

Le .....

Signature