



MERABET MEIDI COACH SPORTIF

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION

RENSEIGNEMENTS :

NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : F M Date de naissance : __ / __ / ____ (jj/mm/aaaa)

Nationalité : _____

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse Email (obligatoire) : _____

N° téléphone (portable) : __ / __ / __ / __ / __ __ / __ / __ / __ / __

N° téléphone (fixe) : __ / __ / __ / __ / __ __ / __ / __ / __ / __

BENEVOLAT :

Je souhaite être informé des événements du club pour être bénévole

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (Mineur) :

Personne à contacter en cas d'urgence : _____

Je soussigné (e) _____

Agissant en qualité de _____

Représentant légal de l'enfant (nom/prénom) _____

Autorise le club à faire hospitaliser mon fils/ma fille en cas d'urgence suite à un accident occasionné pendant

l'entraînement, les compétitions et les sorties organisées par le club durant toute la saison en cours.

Fait à _____ le _____

Signature du représentant légal :

Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle. Ces informations sont destinées à la Fédération Française d'Athlétisme et peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)

Droit à l'image : Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)

REPRISE DES ENTRAINEMENTS SEMAINE 37

CATEGORIES D'AGES HOMMES & FEMMES	ANNEES D'AGES	COTISATION ANNUELLE
	du 01.09.2020 au 31.08.2021 <i>Changement de catégorie le 1^{er} Novembre 2019</i>	
LOISIRS CROSS TRAINING & ABDOS / PILATES		
CADETS A VETERANS	A partir de 2005	1 séance 180,00 € Paiement 3x sans frais*
CADETS A VETERANS	A partir de 2005	2 séances 310,00 € Paiement 4x sans frais*
CADETS A VETERANS	A partir de 2005	3 séances 480,00 € Paiement 5x sans frais*
CADETS A VETERANS	A partir de 2005	4 séances 650,00 € Paiement 6x sans frais*
*Règlement à l'ordre de Mr MERABET		
Je choisis LE ou LES cours qui m'intéresse		
CROSS TRAINING	Mardi 19h à 20h <i>Gymnase de Solgne</i>	
CROSS TRAINING	Vendredi 19h30 à 20h30 <i>MECS de Moissons Nouvelles rue Roger François 57580 Remilly</i>	
ABDOS / PILATES Limiter à 10 places	Lundi 20h à 21h <i>MECS de Moissons Nouvelles rue Roger François 57580 Remilly</i>	
ABDOS / PILATES Limiter à 10 places	Jeudi 20h à 21h <i>MECS de Moissons Nouvelles rue Roger François 57580 Remilly</i>	

CERTIFICAT MEDICAL :

Je soussigné(e) Docteur en médecine, certifiée avoir examiné ce jour M./Mme/Melle Qui ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'athlétisme, entraînements et compétitions.

Cachet à Le



QUESTIONNAIRE REPRISE POST CONFINEMENT



Nom : Prénom : Date :
Température :

Depuis le confinement puis le déconfinement :

Avez-vous consulté un médecin ?

oui non

Avez-vous bénéficié d'une téléconsultation avec un médecin ?

oui non

Avez-vous déclaré une blessure ou une maladie (sans rapport avec le Covid-19) ?

oui non

Pendant le confinement ou depuis le début du déconfinement, avez-vous présenté les signes suivants :

	Oui	Non	Survenue brutale ?	Date apparition	Durée en jours
Fièvre (+/- frissons, sueurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleur ou gêne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleurs musculaires inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fatigue intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de tête inhabituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte du goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles digestifs associés (diarrhée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Engelures (orteil ou doigt violacé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Avez-vous été dépisté

oui non

Si oui : date et résultat du test

positif négatif

Depuis le début du confinement puis du déconfinement, y a-t-il eu dans votre entourage proche :

Des personnes malades du Covid-19 ou suspectes de Covid-19

oui non

Avez-vous pris + de 5kg pendant le confinement ?

oui non

Avez-vous limité votre activité physique à moins de 2 fois par semaine depuis mars ?

oui non

Avez-vous ressenti au cours des efforts physiques :

Une difficulté à faire un exercice facile pour vous habituellement ?

oui non

Vous essouffiez-vous plus vite ?

oui non

Avez-vous plus de courbatures qu'avant ?

oui non

Votre fréquence cardiaque au repos est-elle plus rapide qu'avant ?

oui non

Avez-vous ressenti des palpitations ?

oui non

Comment vous sentez-vous d'un point de vue général sur une échelle de 1 à 10 ?

(0 = méforme totale et 10 = forme excellente)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10