



Ayant droit

Civil

Justificatif à fournir

DEMANDE D'ADHESION – DE RE-INSCRIPTION
ANNEE 2024/2025

REPRISE

JOUR : HEURE :

FICHE CAVALIER

Nom : Prénom :

Date, lieu de naissance et **code postal** :

Nationalité :

Adresse :

Ville : Code postal :

Tél domicile : Port :

Email :

Profession de l'adhérent (ou des parents si adhérent mineur) :

Numéro de licence : Situation de handicap : OUI NON

Coordonnées des personnes à prévenir :

TARIFS : Adhésion : 55€ / 85€ Licences : 25€ / 36€ Instruction/trimestre :
ou Carte :

- J'ai pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des propositions d'assurances (documents consultables au secrétariat) et j'ai l'honneur de bien vouloir accepter mon adhésion au club sportif et artistique du Centre National des Sports de la Défense.
- J'autorise le CSA CNSD à utiliser mon image (photo ou film) dans le strict cadre associatif sur tous supports numériques ou papiers, notamment pour la promotion
- J'autorise l'utilisation de mes données fournies, nécessaires, à la bonne utilisation du site KAVALOG.
- Tout trimestre commencé est du.**
- UNE séance rattrapable par forfait pendant le trimestre en cours, non reportable.**
- Au-delà de deux absences consécutives, un certificat médical sera demandé.

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné.....autorise mon fils/ fille..... à pratiquer l'équitation à la S.E.F en se conformant à toutes les prescriptions du règlement intérieur de la société et déclare avoir eu connaissance des clauses de garanties attachées à la licence FFE / FCD.

A Fontainebleau, le Signature de l'intéressé :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD

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		OUI	NON
Durant les douze 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"/>
À 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 dans 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"/>
10.	Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>			
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.			

LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE

ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme¹

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme¹

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant²

Date et signature :

¹ Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

² Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal