



**BULLETIN D'INSCRIPTION NATATION**

**SAISON 2023/2024**

NOM :  PRENOM :

Date de Naissance :  SEXE : M. :  F. :

Adresse :

Code Postal :  Ville :

Tél fixe :  Tél Port. :

@mail :  (attention aux . - \_)

**COTISATIONS 2023-2024 REPRISE LE 20/09/2023**

**175€** Adhésion ASPTT jeunes (75€-50€-50€) - incluant la licence PREMIUM FSASPTT

Mardi 18h-19h Piscine des Vauroux 28300 MAINVILLIERS

**195 €** Adhésion ASPTT adultes (95€-50€-50€) - incluant la licence PREMIUM FSASPTT

Mardi 19h-20h Piscine des Vauroux 28300 MAINVILLIERS

Règlement par chèque libellé à l'ordre de l'ASPTT Chartres

- Je déclare ne pas avoir répondu « OUI » à au moins une question du questionnaire joint, auquel cas je n'ai pas à fournir de certificat médical.
- J'autorise l'association à publier des photos dans la presse et sur le site internet du club sur lesquelles j'apparaîtrais.

(Mention "lu et approuvé" DATE et SIGNATURE)

**Envoi des documents : le dossier complet et le règlement sont à adresser à : ASPTT CHARTRES 4, rue Jean PERRIN 28300 MAINVILLIERS**

**Consultez régulièrement votre site : <http://chartres.asptt.com/>**

### Questionnaire de santé "QS – SPORT"

**«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. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
est-ce que votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous senti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous 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"/>
avez-vous eu un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous eu une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous arrêté votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avez-vous besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>