



INSTRUCTIONS ADHESION 2024-2025

Le dossier adhérent COMPLET, doit être remis en main propre au bénévole de la section concernée avant **le 30 septembre 2024** impérativement.

Il doit comprendre l'ENSEMBLE des éléments suivants (**les dossiers incomplets ne sont pas acceptés**).

Pour chaque adhérent de la même famille :

- Fiche d'Inscription Individuelle dûment remplie ainsi que la feuille de cotisation
- Pour tous les adhérents**, l'attestation santé remplie (questionnaires médicaux en annexe)
Pluriel recommande l'obtention d'un nouveau certificat médical si vous n'avez pas pratiqué de sport ces derniers mois.
- Pour les adhérents bénéficiant d'une aide CCAS, présenter OBLIGATOIREMENT l'attestation de Quotient Familial en cours de validité au moment de l'inscription** (nous devons remplir un cadre de ce document pour que vous puissiez bénéficier de la participation). **Aucune réduction CCAS ne pourra être acceptée après le 4 octobre 2024.**
- Votre règlement par chèque(s) - **jusqu'à 3** d'un montant équivalent - à l'ordre d'ASSOCIATION PLURIEL

CONTACTS ASSOCIATION PLURIEL

| | |
|--|--|
| Adresse Association PLURIEL Mairie BP 50 91470 LIMOURS | Composition du bureau Présidente : Julie Aubert Trésorier : Ronald Vodicka Secrétaire : Aline David Secrétaire adjointe : Cécile Takacs |
|--|--|

Vos contacts par activité

| | | |
|-------------------|-----------------|----------------------------|
| BADMINTON | Fabien | 06 78 19 63 84 |
| DANSE MODERN JAZZ | Julie | 06 86 28 05 30 |
| G.R. | Sandra et Sandy | jadresin.julie@hotmail.com |
| GYM ADULTE | Vincent | 07 81 04 42 85 |



FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE (Remplir une fiche par adhérent)

ADHERENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél portable :

E-mail⁽¹⁾:

⁽¹⁾ Utilisée uniquement pour la communication interne sur les cours ou les événements de l'association

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :

Prénom :

Tél fixe domicile :

Tél portable :

AUTORISATIONS

Je, soussigné(e),

- autorise l'association Pluriel à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence (soins divers, appel des secours, hospitalisation...) sous réserve d'être informé(e) dans les plus brefs délais.
- autorise l'association Pluriel à utiliser des photos/vidéos des manifestations publiques auxquelles l'adhérent participe (gala, concours, tournois...) et sur lesquelles l'adhérent apparaît reconnaissable, sachant que ces photos/vidéos sont susceptibles d'être publiées sur le site de l'association, de la ville ou dans le bulletin municipal (Limours Magazine) à des fins de promotion de l'association.
- Si l'adhérent est mineur, n'autorise pas à ce qu'il quitte seul le lieu du cours à la fin de son activité.
- reconnais avoir lu et accepté le règlement intérieur

Date :

Signature de l'Adhérent ou Représentant légal

| Tarifs par personne | | | | |
|---------------------|-----------|---------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| | Limourien | Non Limourien | Limourien avec réduction famille | Non Limourien avec réduction famille |
| ado/enfants | 130 € | 140 € | 119 € | 128 € |
| Adultes | 100 € | 110 € | 92 € | 101 € |

Le prix comprend l'adhésion obligatoire à l'association de 20€ et l'inscription à la section badminton.

La remise de 10% (hors adhésion) s'applique pour toute inscription d'une autre personne du foyer (même adresse) à l'association.

Pour les adhérents bénéficiant d'une aide CCAS merci de revenir vers nous pour une clarification du tarif.

| | Nom | Prénom | Tarif/personne |
|------------|-----|--------|----------------|
| Adhérent 1 | | | |
| Adhérent 2 | | | |
| Adhérent 3 | | | |
| Adhérent 4 | | | |
| Adhérent 5 | | | |
| Adhérent 6 | | | |
| Total : | | | |

| | N° du chèque | Banque et émetteur | Montant |
|----------|--------------|--------------------|---------|
| Chèque 1 | | | |
| Chèque 2 | | | |
| Chèque 3 | | | |

Je souhaite une attestation d'inscription

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASSOCIATION PLURIEL

Article 1 : Adhésion

Pour avoir le titre d'adhérent et être admis aux cours, le dossier d'inscription doit être complet.
Toute somme versée est acquise à l'Association, aucun remboursement ne sera effectué, sauf cas de force majeure. Dans ce cas, seul le bureau peut statuer.

Article 2 : Planning des cours

Les jours et heures de cours sont établis chaque année par le bureau en accord avec les professeurs et entraîneurs.
Les dates et horaires des cours sont fixés exclusivement par l'Association en fonction des salles mises à disposition par la municipalité.
L'accès au cours est fonction de l'âge et du niveau des adhérents.

Article 3 : Comportement

Nous attendons de chacun un comportement empreint de politesse et respect mutuel, tant lors des cours que lors des spectacles.
Un adhérent dont le comportement serait fort déplacé pourrait être exclu des cours, de façon temporaire ou définitive sur décision du Bureau, ceci sans remboursement de la cotisation.
Toute dégradation volontaire d'équipement appartenant à l'Association sera facturée à l'adhérent.

Article 4 : Assiduité

Les adhérents sont tenus d'assister aux cours de façon régulière. Toute absence devra être signifiée à l'entraîneur, au professeur ou au bénévole en charge du cours.
Si le professeur constatait, pour un adhérent mineur, des absences répétées et injustifiées, il en informerait le Bureau, lequel préviendrait le plus rapidement possible les parents.

Article 5 : Ponctualité

Les adhérents sont tenus de se présenter à leur cours 5 minutes avant le commencement de celui-ci. Les parents d'adhérents mineurs doivent s'assurer de la présence du professeur ou de l'entraîneur avant de déposer leur enfant et sont tenus de le récupérer aux heures indiquées.
Pour le bon déroulement des cours en salle, les parents sont priés d'attendre leurs enfants à l'extérieur de la salle, sauf autorisation spéciale du professeur.

Article 6 : Participation aux spectacles

Les chorégraphies des spectacles sont conçues en fonction du nombre de participants.
L'absence répétée aux cours peut perturber l'apprentissage de la chorégraphie et l'organisation du groupe et peuvent entraîner la non participation au spectacle sur décision du professeur.

Article 7 : Absence du professeur, de l'entraîneur

L'absence imprévisible d'un professeur ou d'un entraîneur peut entraîner le report ou la suppression du cours. Le bureau fera le maximum pour informer les participants, mais n'assurera en aucun cas la garde des enfants.

Article 8 : Tenues

Une tenue vestimentaire correcte et adaptée à l'activité est obligatoire.
Pour la GRS, afin d'éviter toute perte ou échange, la tenue des jeunes adhérents devra être marquée à son nom. Chaque participant GRS doit obligatoirement revêtir la tenue du club pour pouvoir concourir.

Article 9 : Perte ou Vol

L'Association ne peut être tenue pour responsable de la perte ou du vol des effets personnels de ses membres.

Article 10 : Accident pendant le cours

En cas d'accident pendant le cours, le professeur ou l'entraîneur fera appel aux services de secours s'il le juge nécessaire.

Article 11 : Accès aux salles

Les adhérents ne doivent en aucune façon utiliser du matériel ou pénétrer dans les salles non accompagnés de l'entraîneur, du professeur ou d'un bénévole de l'association.

Article 12 : droit à l'image

Certains adhérents de l'Association seront amenés à participer à un ou plusieurs spectacles (spectacle de fin d'année de l'Association ou autres manifestations organisées ou co-organisées par l'Association). Sauf son avis contraire ou celui de son représentant légal, l'adhérent autorise la prise de vue et la diffusion de l'image sur laquelle il apparaît et ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel).

Article 13 : Assemblée Générale

Tout adhérent est membre de l'Association. A ce titre, il participe à l'Assemblée Générale, convoquée par mail. Tout membre mineur peut participer aux débats mais doit se faire représenter par un de ses parents ou tuteur pour voter.

ANNEXE 2 : Questionnaire de santé pour la pratique sportive des mineurs

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> | Ton âge : ___ ans | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Depuis l'année dernière | OUI | NON |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | OUI | NON |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Suite au verso

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aujourd'hui | OUI | NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents | OUI | NON |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli. | | |

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



Attestation santé pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive FSCF à un mineur pour l'année 2024-2025

Nom, prénom du licencié Date de naissance :

Je, soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses négatives à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

Date et signature

ANNEXE 3 : Questionnaire de santé pour la pratique sportive en loisir des personnes majeures ou le renouvellement d'une licence sportive en compétition – (personnes majeures)

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

| RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS : | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <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 durant 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"/> |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié. | | |

- **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



Attestation santé pour la prise d'une licence sportive en loisir ou le renouvellement d'une licence sportive compétition FSCF pour l'année 2024-2025

Nom, prénom du licencié Date de naissance :

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À, le Nom, prénom et signature du pratiquant