



## BULLETIN INSCRIPTION Boutchoux – Ados



Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom des Parents : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ E-mail (en majuscule pour être mieux lisible, merci) : \_\_\_\_\_

Baby Gym	Gym 3-5	Gym 6-12	Gym Rythmique 3 – 5 ans	Gym Rythmique 6 – 12 ans	Cirque 7 – 13	Théâtre 8 - 14	Zumba 5-8	Zumba 9-17	All Dance 12-16	Pound Ado 12-17

1 activité	2 activités	3 activités	4 activités et +
75€	100€	125€	150€

### DEMANDE D'AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE :

- J'autorise Rythme et Santé, à utiliser pour contribuer à la vie associative (journaux, site Internet, Publications ...), des photos de mon enfant prises au cours des activités.
- Je refuse que l'association utilise des photos concernant mon enfant.

### DOSSIER COMPLET à remettre lors de l'inscription :

- Cotisation** :  Chèque  Espèces  Virement  CB  Autre (chèques vacances, up, coupons sports, top départ) :  
**Une réduction pour plusieurs adhésions famille (adulte/enfant ou fratrie) est possible : nous demander.**
- Questionnaire de santé** et/ou  **Attestation ou certificat médical**
- Adresse mail** (merci de l'écrire en majuscule pour qu'elle soit bien lisible, merci !)

### IMPORTANT

- \* L'enfant a droit à 2 cours d'essai gratuits
- \* Le dossier complet doit être rendu dès que possible. Le règlement de la cotisation en 3 fois maximum est possible uniquement en chèque (règlement complet à remettre avec le dossier).  
**Tout trimestre commencé est dû dans sa totalité. En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation sera proratisée en date du début du trimestre en cours. Il n'y aura de remboursement que sur présentation d'un justificatif médical.**
- \* Le questionnaire de santé est obligatoire, s'il y a un oui, un certificat médical sera demandé et valable 3 années.
- \* Prévoir tout au long de l'année une bouteille d'eau (au nom de l'enfant), une tenue adaptée et des chaussons de gym (pour les GR).
- \* Les enfants doivent respecter les animatrices, les autres enfants et le matériel mis à leur disposition.  
Si après plusieurs avertissements, l'attitude de l'enfant est trop perturbante pour le bon déroulement du cours, l'association peut décider de son exclusion.
- \* Les parents n'assistent pas aux cours et sont informés que la prise en charge de l'enfant par l'association se fait uniquement dans la salle de cours et aux horaires du cours.
- \* Les ados seront acceptés aux cours adultes sous réserve de l'accord des parents et d'un avis médical.

**Date et Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé » :**

Dominique GAZZINO 06 95 94 00 67  
Mail : [rythmeetsante26@gmail.com](mailto:rythmeetsante26@gmail.com)  
Blog : <https://rythmeetsantedonzere.com>

Si vous souhaitez une attestation de paiement, merci de cocher ici :



Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour vous adhérer à notre Association

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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)		
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"/>
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		
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		
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.		

Nom et prénom de l'enfant :

Date :

Signature du représentant légal :