



Gymnastique Volontaire du Havre

FICHE D'INSCRIPTION 2024 – 2025



Accompagnée de :

- ☐ Votre règlement annuel dans son intégralité
☐ Le questionnaire santé imprimé au verso ou un certificat médical de moins de 6 mois

NOM de l'enfant _____ Prénom _____

Date de naissance : _____ Sexe : ☐ FEMININ ☐ MASCULIN

NOM du responsable légal : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Téléphone 1 : _____ N° Téléphone 2 : _____

(Écrire lisiblement et bien indiquer point ou tiret si il y a dans l'adresse mail)

Adresse mail : _____ @ _____

Votre enfant était-il inscrit(e) la saison précédente ? ☐ OUI ☐ NON

Ces informations ont-elles changé par rapport à la saison dernière ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI laquelle : ☐ NOM ☐ ADRESSE ☐ N° TEL ☐ ADRESSE MAIL

Vous inscrivez votre enfant pour :

Mercredi 9h ☐ Mercredi 10h30 ☐ Mercredi 14h30 ☐ Samedi 9h ☐ Samedi 10h ☐ Samedi 11h15 ☐

J'autorise que l'on prenne des photos de mon enfant ☐ oui ☐ non

- Je soussigné(e).....autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues lors de la séance.
- Je déclare avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur.
- J'autorise les responsables de l'association Gymnastique Volontaire à prendre toutes les mesures d'urgence concernant mon enfant en cas d'accident ou d'affection aiguë nécessitant une hospitalisation ou intervention chirurgicale, au cas où je ne pourrai être joint.
- Nom de(s) personne(s) autorisée(s) à reprendre mon enfant :
-

Lu et Approuvé DATE ET SIGNATURE

Recommandations

Règlement en 1-2 ou 3 fois (chèques ou CB) ☐ Chèque(s) A l'ordre de Gymnastique volontaire
☐ Espèces

Le règlement en Carte Bancaire est disponible sur notre site internet



Pour utiliser l'aide BTL, veuillez nous transmettre votre n° d'allocataire _____

MONTANT : soit X

NOM figurant sur le chèque de règlement :

Je désire une facture



TOURNER SVP



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

OUI NON

Depuis l'année dernière

Est-il (elle) allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
A-t-il (elle) été opéré(e) ?	☐	☐
A-t-il (elle) eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
A-t-il (elle) commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐

Depuis plus de 2 semaines

A-t-il (elle) du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Pensez-vous qu'il (elle) a moins faim ? Qu'il (elle) mange moins ?	☐	☐
Le (la) sentez-vous triste ou inquiet(e) ?	☐	☐
Souhaitez-vous signaler quelque chose de plus concernant sa santé ?	☐	☐
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou bien est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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)	☐	☐

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions, vous devez consulter un médecin pour qu'il examine votre enfant

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) représentant légal de

l'adhérent mineur..... (nom et prénom de l'enfant)

atteste que

mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021, pour la saison sportive 2024/2025 au club EPGV :
Gymnastique Volontaire du Havre

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité

A, le/...../.....

Signature