

FJEP d'ORCET ANNEE 2024 / 2025 – ADULTES

Nom : Prénom : Masculin Féminin

Date de naissance (obligatoire) : Mail (obligatoire) :

Adresse :

CP / Ville : Etudiant

Tel 1 :

Tel 2 :

L'inscription sera considérée comme complète à réception de cette fiche accompagnée du questionnaire de santé ou certificat médical (pour les activités sportives) et du règlement de la cotisation

Les informations recueillies sont nécessaires pour la gestion des adhérents au FJEP ORCET. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à un usage interne uniquement. En application de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, veuillez vous adresser au foyer.

Je donne l'autorisation, à titre gracieux, au FJEP d'utiliser des photographies me représentant dans le cadre de l'activité, pour des démarches de communication (presse, site internet compris) : OUI NON

Avez-vous besoin d'un justificatif de règlement : OUI NON

| ACTIVITES CULTURELLES | ACTIVITES SPORTIVES En compétition <small>Un certificat médical ou un questionnaire de santé est obligatoire</small> | ACTIVITES SPORTIVES Non compétition <small>Un questionnaire de santé est obligatoire</small> |
|--|---|---|
| <p align="center"><u>PEINTURE SUR SOIE</u></p> <p align="center">Lundi 13h30 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>PEINTURE</u></p> <p align="center">Mardi 17h30 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>LINE DANCE</u></p> <p align="center">Mardi 18h45 <input type="checkbox"/> / Mardi 19h45 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>COUNTRY</u></p> <p align="center">Jeudi 18h45 <input type="checkbox"/> / Jeudi 19h45 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>JEUX DE SOCIETE</u></p> <p align="center">Mardi 20h30 (1 cycle) <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>THEATRE JEUNES ET ADULTES</u></p> <p align="center">Mercredi 20h30 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>THEATRE ATO</u></p> <p align="center">Vendredi 20h30 <input type="checkbox"/></p> | <p align="center"><u>ROLLER DERBY</u></p> <p align="center">Mardi 18h <input type="checkbox"/> / Mardi 19h <input type="checkbox"/></p> <p align="center">Dimanche 16h30 <input type="checkbox"/> / Dimanche 18h30 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>ROLLER HOCKEY</u></p> <p align="center">Mercredi et vendredi 19h15 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>VOLLEY</u></p> <p align="center">Mercredi et vendredi 20h45 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>ROLLER ADULTES</u></p> <p align="center">Jeudi 19h <input type="checkbox"/></p> | <p align="center"><u>GYM RETRAITE SPORTIVE</u></p> <p align="center">Lundi 9h30 <input type="checkbox"/> / Lundi 10h45 <input type="checkbox"/></p> <p align="center">Jeudi 9h <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>YOGA</u></p> <p align="center">Lundi 18h15 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>QI GONG</u></p> <p align="center">Lundi 19h45 <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>RENFORCEMENT MAL DE DOS</u></p> <p align="center">Mercredi 16h <input type="checkbox"/> / Mercredi 17h <input type="checkbox"/></p> <p align="center"><u>PILATES</u></p> <p align="center">Mercredi 18h <input type="checkbox"/> / Mercredi 19h <input type="checkbox"/></p> |

Cette inscription vaut acceptation du règlement intérieur, donne l'autorisation de prendre toutes dispositions de première urgence, et autorise le FJEP à prendre votre licence FAL / UFOLEP ou FFRS.

Date :

Signature :

| COTISATIONS | | Cadres réservés à l'administration | Justificatif donné à l'adhérent <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--|---|---|
| Adhésion Foyer | | <p align="center">Modalités de paiement</p> <p>Chèque(s) :</p> <p>.....</p> <p>Espèces :</p> <p>.....</p> <p>ANCV :</p> <p>.....</p> <p>Coupon Sport :</p> | <p>Licence FFRS :</p> <p>Date Certif. médical :</p> <p>.....</p> <p>FAL demandée <input type="checkbox"/></p> <p>FAL reçue <input type="checkbox"/></p> <p>Informatique <input type="checkbox"/></p> |
| Orcétois - 10€ | | | |
| ACTIVITE 1 | | | |
| ACTIVITE 2 | | | |
| ACTIVITE 3 | | | |
| TOTAL | | | |

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA
DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE**

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)

Je, soussigné Mme / Mr (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal)
..... certifie avoir répondu NON à toutes les questions du
formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A

Le/...../.....

Signature :



QUESTIONNAIRE DE SANTE QS-SPORT

ATTESTATION

Pour un majeur :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir
répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.