



## INSCRIPTION 2026-2027

### RENSEIGNEMENTS

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Code postal – Ville :  
Tel portable :  
E-mail :  
Tel de la personne à prévenir en cas d'urgence :

### HORAIRES ET LIEU

Tous les cours ont lieu le lundi à la Salle Polyvalente, 14 route de Gallardon à Sèvres.

- niveau 1 : débutants de 19h30 à 20h30.
- niveau 2 : débutants+ de 20h30 à 21h30.
- niveau 3 : novices de 21h30 à 23h.

### COTISATION

- **TARIF PLEIN 165 €**

Ce tarif comprend l'adhésion Route 92, la licence FFCLD et les cours sur un niveau de septembre 2026 jusqu'à fin juin 2027.

- **TARIF REDUIT 120 €**

Ce tarif concerne les moins de 18 ans, un second cours hebdomadaire ou un deuxième membre d'un même foyer et les membres actifs ( bureau, troupe)

#### MODE DE PAIEMENT

- ESPECES
- CHEQUE ( Paiement possible en 2 chèques encaissés en octobre 2026 et janvier 2027)
- VIREMENT

**Total à régler :** €

☐ Je souhaite une facture pour mon CE

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### 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*                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <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"/> |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 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"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>                                                                                                                                     |                          |                          |

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence sur le formulaire ci-dessous.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



# ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

## Exercice 2026/ 2027

---

Je soussigné(e) M/Mme .....

licence n° ..... atteste sur l'honneur avoir renseigné le questionnaire de santé

et avoir répondu par la négative à toutes les questions.

Le .....

Signature :

Attestation à renseigner et à remettre à votre Club

## ENGAGEMENT

Je prends connaissance des statuts et du règlement intérieur de Route 92 sur le site <https://www.country-route92.fr/wordpress/>



règlement intérieur



statuts

J'ai pris connaissance et j'approuve les statuts et le règlement intérieur de Route 92.

Fait à :

Le :

Signature avec la mention : «Lu et approuvé».

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) :

donne l'autorisation à «Route 92» d'utiliser mon image (photographique ou film) pour la promotion et la communication de l'association.

Fait à :

Le :

Signature avec la mention : «Lu et approuvé».

**ATTENTION: Nous ne pourrions pas accepter un dossier incomplet.**

**« ROUTE 92 », 5 allée des acacias 92310 SEVRES**

**ROUTE 92** Association à but non lucratif de droit français régie par la loi du 1er juillet 1901

Répertoire National des Associations (RNA) numéro W923006163

**Siège social** : 5 allée des acacias 92310 SEVRES