

**Fiche d'adhésion  
HATHA YOGA**

**Hors vacances scolaires et jours fériés  
A partir du Lundi 07/10/2024, du Mardi 01/10/2024, du Mercredi 02/10/2024**

***A envoyer : AS. Dumas-Voltaire  
M. DUFAU Henri  
4 Rue Léon Delagrangre  
75015 PARIS***

Nouvel(le) Adhérent(e)	260 €	<input type="checkbox"/>
Ancien(ne) Adhérent(e)	240 €	<input type="checkbox"/>

Choix du Centre :	Lundi 17h30/20h Georges Rigal	<input type="checkbox"/>
	Mardi 18h30/20h Cour des Lions	<input type="checkbox"/>
	Mercredi 19h30/21h Georges Rigal	<input type="checkbox"/>

**Nota : les cours ne seront pas assurés les veilles de congés et veilles de jours fériés.**

NOM .....Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Né(e) le ...../...../..... Tél. : .....

E-mail : .....@.....

Joindre :  
\* 3 timbres au tarif en vigueur.  
\* Certificat Médical ou questionnaire de bonne santé disponible ci joint  
\* une carte d'adhésion sera envoyée aux nouveaux faisant office de reçu  
\* **Pour les anciens, la carte 2023/2024 pour tamponnage 2024/2025**  
\* Un chèque à l'ordre de AS DUMAS-VOLTAIRE à envoyer à l'adresse indiquée ci-dessus

NB : En cas de travaux, grèves, consignes sanitaires etc.. non imputables à l'ASDV,  
aucun remboursement sera effectué. Également, sauf cas de force majeure :  
accident, maladie, déménagement dans autre commune, avec justificatifs

Date ...../...../.....

Signature

## 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, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

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

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