



TENNIS CLUB DARDILLY CHAMPAGNE

Allée des tennis – 69410 Champagne au Mont d'Or

Secrétariat et réservation : 04.78.66.18.74

Mai : tc-dc@fft.fr

Site : www.tennisclubdardillychampagne.com

FICHE INSCRIPTION ADHESION

2022/2023

Nom : Prénom : Date de naissance :
Adresse : Profession (nom de l'Entreprise / facultatif) :
Code postal : Ville :
Tél : Mail (en majuscules) : @
Nationalité Française Autre

Tarif inscription € réglé par : Chèque C1 € C2 € C3 €
 Chèques vacances € CB € Espèces €
 Virement €

Droit à l'image : Vous acceptez d'être pris en photo ou filmé par le TCDC Oui Non

Date du jour : Signature :

TARIFS

Du 1^{er} septembre 2022 au 31 août 2023

| Type d'adhésion | Résidents : Dardillois et Champenois | Résidents par activité professionnelle | Extérieurs |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jeunes | <input type="checkbox"/> 235€ | | <input type="checkbox"/> 240€ |
| <input type="checkbox"/> 18/25 ans | <input type="checkbox"/> 265€ | | <input type="checkbox"/> 280€ |
| <input type="checkbox"/> Adultes | <input type="checkbox"/> 340€ | <input type="checkbox"/> 370€ | <input type="checkbox"/> 405€ |
| <input type="checkbox"/> + 60 ans | <input type="checkbox"/> 285€ | | <input type="checkbox"/> 350€ |
| <input type="checkbox"/> Couples | <input type="checkbox"/> 625€ | | <input type="checkbox"/> 740€ |
| <input type="checkbox"/> Carte société | <input type="checkbox"/> 1270€ | <input type="checkbox"/> 1270€ | <input type="checkbox"/> 1270€ |

Merci de remplir le questionnaire de santé au dos de cette feuille





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

Je soussigné M/Mme [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:

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM], atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* | | OUI | NON |
|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Durant les 12 derniers mois | | | |
| 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"/> |
| A ce jour | | | |
| 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"/> |

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, 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.