

SAISON 2017/2018



Valable du 1er mars au 31 août

Extrait du Règlement intérieur :

Toute personne inscrite au Rowing Club de Mulhouse doit être à jour de sa cotisation de l'année en cours pour pouvoir exercer les activités au sein de du club.

Pour les pratiquants : la visite médicale annuelle est obligatoire. Un certificat de non contre indication à la pratique de l'Aviron doit être fourni.

Nom :	La licence est composée de la part fédérale et de la part club. La part club peut être un don. Un don est déductible à 66%. Pour plus d'informations, contactez un responsable.				
Prénom :	Licence				
Date de naissance :	Catégorie	Part Fédé		Part Club	
Numéro et nom de la voie :	J10-J11-J12 110 €	38 €		72 €	122 €
Code Postal :	J13-J14-J15- J16 130€	38 €		92 €	152 €
Commune :	J17-J18 / Étudiant 150€	38 €		112 €	212 €
Téléphone :	Etudiant UHA 140€	38 €	ET	102 €	OU N/A
Email :	Senior / Loisir 170€	38 €		132 €	242 €
D'où nous connaissez vous?	Aviron Indoor 108€	15,25 €		92,25 €	152 €
	Découverte 6 séances 60€	15 €		45 €	

Pour un enfant mineur,
Fourniture d'une attestation de natation
Distance 25 mètres

Une réduction s'applique aux familles: 10% sur la deuxième licence, 15% sur la troisième licence et 20% sur les suivantes. Les réductions s'appliquent sur la licence la moins onéreuse en priorité

Personne à prévenir en cas d'urgence:

Nom :

Téléphone :

Possibilité de paiement échelonné 6x en 6 mois (La totalité des chèques sont remis à l'inscription)	
Date:	Montant €:
Date:	Montant €:
Date:	Montant €:
Date:	Montant €:
Date:	Montant €:
Date:	Montant €:

Documents à joindre :
Un certificat médical
Votre règlement
Ce document complété

Je déclare accepter les statuts et règlements du club ainsi que ceux de la F.F.A. affichés au RCM

Signature:

Si vous avez la moindre question, n'hésitez pas à nous écrire à : aviron.mulhouse@gmail.com

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
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
<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.

Dans le cadre du renouvellement de la licence FFA et conformément à la réglementation du Code du sport et du règlement médical de la FFA,
je, soussigné(e) M/Mme,
en ma qualité de représentant légal de
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-Sport Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à toutes les questions.

Date et signature du représentant légal