

NOM : _____ PRENOM : _____

N°D'ADHERENT

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE _____

TELEPHONE : _____

E-MAIL : _____

Je demande mon adhésion à l'Association « USEAB-Sport santé ».

J'ai pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association que je m'engage à respecter et à défendre.

Je m'engage à respecter un code moral et de confidentialité.

- Chaque membre est tenu de respecter un devoir de discrétion et de réserve lors des échanges et propos tenus lors

Des réunions ou séances d'Activités Physiques Adaptées.

REGLEMENT ADHESION 30 €		DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR	REGLEMENT DES ACTIVITES CARNET À SOUCHE DE 12 TICKETS	
ESPÈCES <input type="checkbox"/>	CHÈQUE <input type="checkbox"/>	PRESCRIPTION MEDICALE D'ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES CERTIFICATS DE NON-CONTRE-INDICATION <input type="checkbox"/> POUR LES PERSONNES EN ALD OU MALADIES CHRONIQUES	48€ REGLEMENT DES ACTIVITES CARNET À SOUCHE DE 12 TICKETS	
Références émetteur :		CERTIFICAT MEDICAL <input type="checkbox"/> POUR LES AUTRES ACTIVITÉS COMME MARCHÉ DOUCE, SOPHROBALADE, RENFORCEMENT MUSCULAIRE, ETC.....	ESPÈCES <input type="checkbox"/>	CHÈQUE <input type="checkbox"/>
		ATTESTATION D'ASSURANCE <input type="checkbox"/> Responsabilité civile	EN CAS DE POURSUITE DES ACTIVITÉS CONTACTER LE BUREAU 07.69.26.97 POUR OBTENIR UN NOUVEAU CARNET	



LA FOURNITURE DE CES DOCUMENTS
CONDITIONNERA L'ACCES AUX ACTIVITES ET LA DELIVRANCE DE CARNET D'ACTIVITES

La convocation à l'Assemblée Générale annuelle est transmise par E-mail. Si je ne renseigne pas d'adresse mail, je fournis une enveloppe timbrée à mon adresse pour m'informer de celle-ci. J'accepte Des informations pourront vous être transmises par e-mail et affichées sur le panneau d'affichage situé à la Maion de la Santé Pluridisciplinaire et Universitaire du Véron, relayées également sur notre page Facebook et notre site internet.

 Droit à l'image (diffusion de photographie et vidéos) : J'accepte Je m'oppose

 Date :

Signature « précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé détenu exclusivement par l'Association « USEAB-Sport santé » dans le cadre des Activités Physiques Adaptées dispensées, et ce, pendant la durée des activités sollicitées.

Les données collectées seront communiquées aux éducateurs dispensant les Activités Physiques Adaptées ainsi qu'au secrétariat de l'Association dans le cadre de traitement des adhésions.

Les données sont conservées pendant la durée totale des activités (comportant plusieurs sessions).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter l'Association dont vous trouverez les coordonnées ci-dessous.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL

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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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 atteste, 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.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions

N°Adhérent :

Je soussigné(e), **NOM :**

Prénom :

Atteste avoir répondu NEGATIVEMENT à toutes les questions du questionnaire de santé remis à l'Association USEAB SPORT SANTÉ à l'appui de ma demande d'adhésion, au titre de la saison 2024-2025.

DATE ET SIGNATURE

Tampon du Médecin	
--------------------------	--

DATE :

Nom du patient :

Je prescris une activité physique et/ou sportive adaptée

Pendant, à adapter en fonction de l'évolution des aptitudes du patient.

Préconisation d'activité et recommandations

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Type d'intervenant(s) appelé(s) à dispenser l'activité physique (en référence à l'Article D. 1172-2 du Code de la santé publique¹), le cas échéant, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire²:

.....

Document remis au patient

La dispensation de l'activité physique adaptée ne peut pas donner lieu à une prise en charge financière par l'assurance maladie.

Lieu date signature cachet professionnel

¹ Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une ALD

² Concerne les titulaires d'un titre à finalité professionnelle, d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme fédéral, inscrit sur arrêté interministériel qui ne peuvent intervenir dans la dispensation d'activités physiques adaptées à des patients atteints de limitations fonctionnelles modérées que dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire (cf. annexe 4 de l'instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée)