

FEUILLE INSCRIPTION - WEEK-END - SO SWING

Saison 23/24

A compléter, signer et envoyer avec le règlement à l'ordre de «So Swing» à :

Association So Swing - 5 Square St Germain 78160 Marly-le-roi

NOM
PRENOM
Date naissance / Âge
Tel port
Em@il
Adresse
Code postal / Ville
Ancien adhérent ?
Facture pour CE ?

Merci de remettre TOUS LES chèques avec ce dossier
Inscrire le montant du/des chèques / Déduire les 22€ de séance découverte le cas échéant

ADHESION ANNUELLE

	Ancien adhérent	Nouvel adhérent
Adhésion (encaissement à réception)	46,50 €	55,50 €

FORMULE WEEK-END du 14/10/23 au 30/06/24

Tarif normal / ou moins 10% à partir de 2 pers/même famille qui s'inscrivent ensemble

	Tarif normal	Moins 10% / si réduction "Famille"
Paiement en un seul chèque	351,00 €	

Ou en plusieurs chèques : encaissés à l'inscription, le 01/01 et le 01/04

Chèque 1 (encaissement à réception)	117,00 €	ou moins 10% =
Chèque 2 (encaissement 01/01/24)	117,00 €	ou moins 10% =
Chèque 3 (encaissement 01/04/24)	117,00 €	ou moins 10% =

Planning / week-end

samedis du 14/10 au 30/06	dimanches du 14/10 au 30/07
14/10; vac toussaint 21/10; 28/10;	15/10; vac toussaint 22/10; 29/10
11/11; 18/11; 25/11;	19/11;
02/12; 09/12; 16/12; vac noel;	03/12; 17/12; vac noel;
06/01; 13/01; 20/01; 27/01;	14/01; 28/01;
03/02; vac février 10/02; 17/02; 24/02;	vac fevr 11/02; 25/02;
02/03; 09/03; 16/03; 23/03; 30/03;	10/03; 24/03;
vac pâques 06/04; 13/04; 20/04; 27/04;	vac pâques 07/04; 21/04;
04/05; 11/05; 18/05; 25/05;	05/05; 19/05;
01/06; 08/06; 15/06; 22/06; 29/06;	02/06; 16/06; 30/06

Je déclare que mon état de santé me permet de pratiquer Marche nordique, Cross training et Training plein air. J'autorise l'association So Swing à me faire parvenir par courrier simple ou électronique toute information concernant les activités du club et à publier sur les supports web du club les photos prises pendant les activités. J'accepte les consignes de pratique jointes au dossier d'inscription. Je m'engage à compléter le questionnaire médical. Si je suis nouvel adhérent je m'engage également à fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive plein air de moins d'un an.

Fait à, le
signature

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

NOM :

Date :

PRENOM :

Signature :

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 inexplicquée ?	<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 si vous êtes ancien adhérent et que vous avez fourni un certificat médical qui est valable pendant 3 ans. Sinon il faudra en fournir un de moins d'un an.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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