



Section : BOWLING
BULLETIN D'INSCRIPTION - SAISON 2023/2024

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code P. : _____ Ville : _____
Date de naissance : __/__/____ Sexe : _____ (F / M)
@mail : _____ @ _____ (attention aux . - et _)
Agent Poste ou Orange : _____ (Identifiant) _____
Tél fixe : _____ Portable : _____

COTISATIONS 2023-2024

30€ Adhésion loisir ASPTT + 23€ licence PREMIUM

Règlement par chèque libellé à l'ordre de l'ASPTT Chartres

Mardi à 18h30 bowling de Barjouville

RESPONSABLE Mr MELKA Alain 06 72 40 63 04

- Je déclare ne pas avoir répondu « OUI » à au moins une question du questionnaire joint, auquel cas je n'ai pas à fournir de certificat médical.
- J'autorise l'association à publier des photos dans la presse et sur le site internet du club sur lesquelles j'apparaîtrais.

(Mention "lu et approuvé" DATE et SIGNATURE)

Le dossier complet et le règlement sont à adresser à :

ASPTT CHARTRES 4, rue Jean PERRIN 28300 MAINVILLIERS

Consultez régulièrement votre site : <http://chartres.asptt.com/>

ASPTT CHARTRES - 4, rue Jean Perrin - 28300 Mainvilliers - 02 37 21 50 58 (email : asptt.chartres@wanadoo.fr)

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. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :		OUI	NON
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.			