FICHE D'INSCRIPTION

Be Mouv Association

2026-2027

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date naissance : _____ _____

Code Postal : _____ _____

E-mail : _____ **Téléphone :** _____

Je sollicite mon adhésion à Be Mouv Association en qualité de membre pour l'année 2026-2027
Je déclare accepter intégralement les statuts et le règlement intérieur de Be Mouv Association, et je m'engage à les respecter en toutes leurs dispositions.
Je certifie ne présenter aucune contre-indication médicale à la pratique du fitness et m'engage à remettre le questionnaire de santé dûment rempli, ainsi qu'un certificat médical si celui-ci s'avère nécessaire.

Je règle un montant de 20 € correspondant à l'adhésion pour la période du 8/09/2026 au 31/07/2027.

Le tarif sera ensuite de 5 € la séance ou 30 € /mois (du 1er au dernier jour de chaque mois)

DATE :

SIGNATURE :

Joindre obligatoirement à la fiche d'inscription :

- ✓ Une Photo.
- ✓ Le questionnaire de santé dûment rempli accompagné d'un certificat médical si nécessaire.
- ✓ Un règlement de 20 € correspondant à l'adhésion à l'année.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à l'Association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Be Mouv Association 116 Chemin des Basses moulières Grasse, 06130.

Autorise : OUI NON Be Mouv Association à publier ma photos dans les différents médias, réseaux sociaux et sites internet. ***(Cette autorisation ne concerne que les photos ou images de groupe)***

Téléphone : 06 64 16 19 37

E-Mail: bemouv@hotmail.com

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

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 inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**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 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

.

NOM : **PRENOM :** **DATE :** **SIGNATURE :**