

## TARIFS S.C.N.

### **Adhésion à la S.C.N.**

L'adhésion à la S.C.N. est incluse dans le tarif de chaque section à l'exclusion des ateliers créatifs où il sera demandé la somme de 30€ pour les non adhérents.

Un système de réduction est mis en place pour les familles et la pratique de plusieurs activités, soit une réduction de 10% ou 15%\* sur la totalité des sommes dues en fonction du nombre de membres adhérents d'une même famille ou du nombre d'activités pratiquées :

10% pour 2 membres ou 2 activités

15% à partir de 3 membres ou 3 activités

**En cas d'absence, merci de prévenir le professeur ou l'un des responsables de chaque section.**

### **Gymnastique Volontaire – pilates** (limité à 25 adhérents par cours)

Inscription à l'année : 140€\* comprenant la licence obligatoire et l'assurance qui lui est attachée,

Paiement en 1 fois par virement ou chèque

\*Possibilité de payer en 2 ou 3 fois par chèque

- 2 chèques : 70€ (septembre) et 70€ (octobre)

- 3 chèques : 47€ (septembre), 47€ (octobre) et 46€ (novembre)

Professeurs : Mme Sabine FEDEL ([sabine.fedel@orange.fr](mailto:sabine.fedel@orange.fr) 06.47.39.11.15) et

Mme Véronique CHARBONNEAU ([vcharbonneau@hotmail.fr](mailto:vcharbonneau@hotmail.fr) 06.07.08.80.76)

Pour toute information, contacter :

Mme Chantal LACQUEMENT (Responsable : [chantale.lacquement@gmail.com](mailto:chantale.lacquement@gmail.com) 06.28.30.31.64) ou

Melle Sabrina PETIT (Adjointe : [sabrina.petit@live.fr](mailto:sabrina.petit@live.fr) 06.98.30.81.71)

### **Danse moderne et contemporaine**

Inscription à l'année : 150€\*

Paiement en 1 fois par virement ou chèque

\*Possibilité de payer en 2 ou 3 fois par chèque

- 2 chèques : 75€ (septembre) et 75€ (octobre)

- 3 chèques : 50€ (septembre), 50€ (octobre) et 50€ (novembre)

Professeur : Mme Karine Devienne

Pour toute information, contacter Mme Karine DEVIENNE 06.89.62.63.10) ou Mme Christine PETIT (06.89.04.21.13 [christinepetit22@hotmail.fr](mailto:christinepetit22@hotmail.fr))

### **Randonnée pédestre**

Inscription à l'année : 40€

Pour toute information, contacter Mr Gérard MERELLE (Responsable : 06.87.60.92.86

[gerard.merelle@orange.fr](mailto:gerard.merelle@orange.fr)) ou Melle Sabrina PETIT (Adjointe : 06.98.30.81.71 [sabrina.petit@live.fr](mailto:sabrina.petit@live.fr)).



## Ateliers Créatifs

Adhésion à la S.C.N. : 30€ pour les non pratiquants d'une autre activité à la SCN

Une participation pour les consommables pourra être demandée selon les activités.

Pour toute information, contacter :

Mme Chantal LACQUEMENT (Responsable : chantale.lacquement@gmail.com 06.28.30.31.64) ou

Melle Sabrina PETIT (adjointe : sabrina.petit@live.fr 06.98.30.81.71).

**Pour toute activité sportive, un certificat médical ou le volet du questionnaire de santé est obligatoire.**

**IBAN de la SCN : FR7630066103350002026340134**

## FICHE D'INSCRIPTION A LA S.C.N.

Merci de bien vouloir compléter en majuscules et signer le formulaire ci-dessous impérativement avant le 15 octobre 2022 ou après 2 cours d'essais

	Adhérent 1	Adhérent 2	Adhérent 3
Nom, Prénom			
Date de naissance			
N° et rue			
Code postal			
Ville			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
Email			
Responsable légal si autre que l'adhérent			
Téléphone du responsable			
N° d'urgence 1 + nom de la personne			
N° d'urgence 2 + nom de la personne			
Médecin Traitant Nom et téléphone			
<b>Activités :</b> (cocher la ou les cases)  <b>(*) certificat médical obligatoire (à remettre lors de l'inscription)</b>	<input type="checkbox"/> Gymnastique (*) <input type="checkbox"/> Danse moderne-contemporaine (*) <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre (*) <input type="checkbox"/> Ateliers créatifs	<input type="checkbox"/> Gymnastique (*) <input type="checkbox"/> Danse moderne-contemporaine (*) <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre (*) <input type="checkbox"/> Ateliers créatifs	<input type="checkbox"/> Gymnastique (*) <input type="checkbox"/> Danse moderne-contemporaine (*) <input type="checkbox"/> Randonnée pédestre (*) <input type="checkbox"/> Ateliers créatifs

Fait à :

Le :

Signature :

Dossier incomplet refusé

## AUTORISATION PHOTOS

Madame / Monsieur .....  
Représentant de l'enfant .....  
et de l'enfant .....

Autorise l'Association S.C.N. à diffuser des photos ou nous apparaissions, s'agissant de photos prises au cours des activités de l'Association auxquelles nous avons participées, pour apparaître dans :

Le journal de Nézel « le nézellois »

N'autorise aucune diffusion

Fait pour valoir ce que de droit

merci de cocher votre choix

Date : .....

L'adhérent	Ses parents (si enfant mineur)

## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

**Volet à conserver par le responsable légal de l'adhérent mineur**

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.**

**Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
1) Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
12) Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
18) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
21) Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.</b>		



Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

**Volet à remettre à l'association pour toute activité sportive**

Je soussigné(e) (Nom, prénom) ..... représentant légal de l'adhérent mineur..... (nom et prénom de l'enfant) atteste que mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021, pour la saison sportive 2022/2023 à la SCN.

A ....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du sportif mineur

Signature du représentant légal

## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MAJEUR

### Volet à conserver par l'adhérent

L'exercice physique pratiqué d'une façon régulière constitue une occupation de loisir saine et agréable. Beaucoup de personnes devraient augmenter leur niveau d'activité physique au quotidien, et ce tous les jours de la semaine. Mener une vie active est bénéfique pour la santé de tous.

Ce questionnaire vous dira s'il est nécessaire pour vous de consulter un médecin afin d'établir l'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions: cochez Oui ou Non	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une d'hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	D	D
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	D	D
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique?	D	D
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?	D	D
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	D	D
6) 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 ?	D	D

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent**

- Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.
- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

---

### Volet à remettre à l'association pour toute activité sportive

Je soussigné M/Mme : ....., né(e) le.. .. atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé pour la saison sportive 2022/2023 à la SCN.

A ....., le ...../...../....

Signature