



# LA JEANNE D'ARC



## INSCRIPTION 2021/2022



25570 GRAND COMBE CHATELEU

Présidente : Anne-Marie DREZET

## LICENCES ET COTISATIONS

Pour l'année 2021/2022, le montant des cotisations annuelles (licence et assurance comprises) s'établit comme suit :

- Pour un enfant : 70 €
- Pour deux enfants : 128 €
- Pour trois enfants et plus : 170 €
- Pour les adultes gym de maintien : 65 €

*Une ristourne nominative/enfant de 50% du montant est prise en compte pour les licenciés ayant réglé leur cotisation 2020/2021 (peu d'entraînements à cause de la crise sanitaire).*

Pour la constitution de votre dossier merci de consulter le tableau des entraînements par catégorie :

SECTION	ANNÉES	ENTRAÎNEMENT	MONITEUR/RICE(S)	DOCS A FOURNIR
Éveil mixte	Filles et garçons nés en 2017/2018	Lundi de 17h à 17h45	Marine	Pas d'attestation de santé à fournir
Initiation filles	Filles nées en 2016	Lundi de 17h à 17h45	Chantal	Pas d'attestation de santé à fournir
Jeunes Poussines	Filles nées en 2014/2015	Lundi de 18h à 19h30	Elodie Stéphanie Marie	- Attestation de santé pour les enfants de +6ans au 1er janvier 2022
Poussines	Filles nées en 2012/2013	Lundi de 18h à 19h30	Elodie Stéphanie Marie	- Questionnaire de santé spécial covid-19
Jeunesses	Filles nées en 2008/2009/2010/2011	Mardi de 18h à 19h30	Annie Marie	- Attestation de santé - Questionnaire de santé spécial covid-19
	<b>À partir du 30 septembre 2021 Pass Sanitaire obligatoire pour les 2008 et 2009</b>			
Initiation Garçons	Garçons nés en 2015/2016	Jeudi de 18h à 19h	Loïc Maxence	<b>UNIQUEMENT 2015 :</b> Attestation de santé à fournir
Poussins	Garçons nés en 2013/2014	Jeudi de 18h à 19h	Loïc Maxence	- Attestation de santé - Questionnaire de santé spécial covid-19
Pupilles	Garçons nés en 2007/2008/2009/2010/2011/2012	Mercredi de 18h à 19h30	Laurent Maxence	- Attestation de santé - Questionnaire de santé spécial covid-19
	<b>À partir du 30 septembre 2021 Pass Sanitaire obligatoire pour les 2007/2008/2009</b>			
Adultes et Aînées	Garçons nés en 2006 et avant	VENDREDI de 19h30 à 21h	Laurent	MINEURS : - Attestation de santé - Questionnaire de santé spécial covid-19
	Filles nées en 2007 et avant		Marie Lisa	MAJEURS : - Certificat médical pour nouvelle licence ou après interruption - Attestation de santé si le certificat médical à -3ans
	<b>À partir du 30 septembre 2021 Pass Sanitaire obligatoire pour les 12/17 ans</b>			
Gym maintien		Mercredi de 20h à 21h	Pascale	- Certificat médical pour nouvelle licence ou après interruption - Attestation de santé si le certificat médical à -3ans

L'intégralité de la cotisation sera dû pour toute inscription en cours d'année.

La salle de gymnastique étant utilisée pour plusieurs activités et par plusieurs associations, nous ne sommes pas tenus responsables si des séances de gym sont annulées au cours de l'année à cause de l'indisponibilité de cette dernière.

À chaque séance, il est impératif que les gymnastes soient munis d'une tenue de sport appropriée.

En cas d'accident, faire établir un certificat médical par le médecin consulté et prévenir dans les 48 heures :

<p><b>Sylvie LAPRAYE</b> Tél : 06.75.98.47.01 Mail : <a href="mailto:s.lapraye@wanadoo.fr">s.lapraye@wanadoo.fr</a></p>
---

Les enfants dont les parents perçoivent l'allocation de rentrée scolaire peuvent bénéficier d'une aide financière auprès du conseil départemental (pour enfants de + 6 ans) : se faire connaître auprès des moniteurs.

Les statuts et règlement intérieurs sont consultables sur demande aux moniteurs.

La gymnastique est à la fois un sport individuel et d'équipe. Les compétitions proposées sont l'aboutissement du travail de toute une année. Pour notre encadrement de bénévoles, merci d'inciter votre enfant à y participer. Une façon à eux de montrer leur valeur.

*Nous serons tenus d'amender les gymnastes qui s'inscrivent aux concours et qui n'y participent pas, car cela pénalise la JA financièrement et sportivement.*

## BULLETIN D'ADHÉSION

Merci de bien nous **indiquer lisiblement** votre adresse mail car dès que votre inscription sera effective, vous recevrez un mail de la FSCF contenant votre licence (pensez à vérifier les spams).

NOM du Père : ..... NOM de la Mère : .....

Prénom du Père : ..... Prénom de la Mère : .....

Adresse : ..... Adresse : .....

.....

Mail : ..... Mail : .....

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_ Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

Mobile : \_ \_ \_ \_ \_ Mobile : \_ \_ \_ \_ \_

**NOM et Prénoms des membres :**

**Date de naissance :**

**Section :**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### Montant des cotisations :

Règlement joint par :  chèque  virement (RIB ci-dessous)

**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Établissement **20041** Guichet **01004** N° de compte **0014862T025** Clé RIB **20**

IBAN - Identifiant international de compte  
**FR60 2004 1010 0400 1486 2T02 520**

BIC - Identifiant international de l'établissement  
**PSSTFRPPDIJ**

DOMICILIATION :  
**LA BANQUE POSTALE - CENTRE FINANCIER**  
**69900 LYON CEDEX 20**

TITULAIRE DU COMPTE :  
**LA JEANNE D ARC**  
**MAIRIE**  
**25570 GRAND COMBE CHATELEU**

Cadre réservé au destinataire du relevé.

Je déclare autoriser le ou les enfants mineurs inscrits ci-dessus, à pratiquer les activités sportives de gymnastique dans l'association « La Jeanne d'Arc ».

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de pratique des activités, des horaires et des lieux d'exercice.

J'autorise les cadres de l'association, en cas d'urgence, à se substituer à moi pour tous les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d'un médecin.

Sauf stipulation contraire de ma part, en cas d'urgence, les enfants seront dirigés par le SAMU ou les POMPIERS vers les urgences de l'établissement hospitalier le plus proche.

Je reconnais avoir été informé des risques normaux de la pratique de l'activité sportive, des obligations qu'elle comporte, et déclare les accepter pour mon (mes) enfant(s).

À..... Le .....

**SIGNATURE** revêtue de la mention « lu et approuvé » :

Pièces à joindre à l'inscription – **FEUILLE ENCADRÉE BLEUE**, en fonction de la section (se référer au tableau ci-dessus) :

- Questionnaire de santé Covid-19 – **FEUILLE ENCADRÉE VERTE**
- Questionnaire de santé pour les mineurs – **FEUILLE ENCADRÉE ROSE**
- Questionnaire de santé pour les majeurs – **FEUILLE ENCADRÉE JAUNE**
- Attestation pour le droit d'image - **FEUILLE ENCADRÉE ORANGE**
- Certificat médical uniquement si besoin
- Règlement (si par chèque)

**DATE LIMITE DE RETOUR DES INSCRIPTIONS LE 31/10/2021**

Passée cette date nous serons dans l'obligation de refuser l'accès à la salle

## ANNEXE 1 : questionnaire de santé spécial covid-19

Questionnaire élaboré par le CNOSF

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Q1. Avez-vous été diagnostiqué·e positif·ve au coronavirus SARS CoV-2 (COVID-19) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> par test RT-PCR (prélèvement naso-pharyngé, oral ou bronchique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> probablement, car j'ai eu un ou des symptômes suivants : fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs, perte de poids supérieure à 5 kg. Mon test RT-PCR était négatif, mais un médecin m'a confirmé le diagnostic.		
<input type="radio"/> j'ai été hospitalisé·e		
Q2. Avez-vous été en contact avec une ou plusieurs personnes suspectes ou diagnostiquées positives au coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3. Présentez-vous ce jour un ou des symptômes suivants : fièvre, toux, diarrhée, maux de tête, courbatures, fatigue majeure, perte du goût ou de l'odorat, essoufflement inhabituel, troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4. Ressentez-vous des gênes à l'effort dans la vie de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5. Pendant la période de confinement et à ce jour, avez-vous arrêté ou fortement réduit votre niveau d'activité physique habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6. Suite au confinement, présentez-vous une prise de poids supérieure à 5 kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7. Avez-vous été affecté·e psychologiquement par la période de confinement et l'êtes-vous toujours (modification du sommeil, de l'humeur, diminution ou augmentation compulsive de la prise alimentaire, augmentation de la prise d'alcool ou de tabac) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ✓ NON à toutes les questions :

Vous pouvez reprendre une activité physique et sportive encadrée

- ▶ Remplir l'attestation annuelle à remettre à votre association

### ✓ OUI à une ou plusieurs questions de Q1 à Q4 :

- ▶ Consultez votre médecin avant toute reprise d'activité physique ou sportive

### ✓ OUI à une question de Q5 à Q7 :

Reprise progressive en commençant par la pratique de la marche progressivement sur 4 à 6 semaines puis reprise de l'activité sportive. Ne consultez votre médecin qu'en cas d'apparition d'une symptomatologie anormale à l'effort ou au repos (douleur, essoufflement, palpitations ...).

- ▶ À l'issue de la reprise progressive remplir l'attestation annuelle à remettre à votre association

### ✓ OUI à au moins deux questions de Q5 à Q7 :

- ▶ Une consultation médicale est recommandée avant toute reprise d'activité physique et sportive.

## ANNEXE 2 : questionnaire de santé pour la pratique sportive des mineurs

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

### 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 <b>FILLE</b> <input type="checkbox"/> un <b>GARÇON</b> <input type="checkbox"/>	Ton âge : ..... ans	
	OUI	NON
<b>Depuis l'année dernière</b>		
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

**Suite au verso**

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
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"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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.		

**Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.

**Si vous avez répondu NON** à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



### Attestation santé pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive FSCF à un mineur pour l'année 2021-2022

Nom, prénom du licencié : .....

Date de naissance : .....

Je, soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses négatives à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

Date et signature



### ANNEXE 3 : questionnaire de santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF (personnes majeures)

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques de ce questionnaire.

Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON durant les 12 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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
<b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>		

▶ **Si vous avez répondu OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

▶ **Si vous avez répondu NON** à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez)

Partie à détacher



### Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FSCF pour l'année 2021-2022

Nom, prénom du licencié : ..... Date de naissance : .....

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive : .....

Je, soussigné, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

À : ..... le : .....

Nom, prénom et signature du pratiquant

## DROIT À L'IMAGE

### **POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e) : Madame (1), Monsieur (1)

.....

père(1), mère(1), tuteur légal (1)

Autorise la Jeanne D'Arc à utiliser des photos et vidéos de mon enfant (nom et prénom de l'enfant) ....., prises lors des différents évènements et entraînements, dans le cadre de la promotion de ses activités.

Refuse que la Jeanne D'Arc utilise des photos et vidéos de mon enfant (nom et prénom de l'enfant) ....., prises lors des différents évènements et entraînements, dans le cadre de la promotion de ses activités.

*(1)Rayer la (les) mention(s) inutile(s).*

Fait à ....., le .....

Signature :

### **POUR LES MAJEURS**

Je soussigné(e), Madame (1), Monsieur (1)

.....

Autorise la Jeanne D'Arc à utiliser des photos et vidéos où j'apparais, prises lors des différents évènements et entraînements, dans le cadre de la promotion de ses activités.

Refuse que la Jeanne D'Arc utilise des photos et vidéos où j'apparais, prises lors des différents évènements et entraînements, dans le cadre de la promotion de ses activités.

*(1)Rayer la (les) mention(s) inutile(s).*

Fait à ....., le .....

Signature :