

Madame Monsieur
Nom Prénom *

Date et lieu de **Naissance ***

Adresse complète

Code Postal *

Ville *

N° de téléphone

Courriel*

.....@.....

(Écrire en majuscule pour relecture
Indispensable car votre licence sera envoyée par courriel)

Autorisation pour l'utilisation de prises de vue (**voir document au verso**)

Personne à contacter en cas de problème

Nom Prénom*

Téléphone *

Assurance complémentaire Groupama I.A.C SPORT + 10 € oul non

Date du certificat médical

DATE ET SIGNATURE ci-dessous et au verso

Champs de remplissage obligatoire *

Feuille à donner lors de la séance



**33 SEANCES DE
GYM BIEN-ÊTRE**

Découvrez le
Sport Santé !

GRATUIT

Sénior en forme !

- Maintenir une aisance dans le mouvement en toute sécurité
- Entretenir la tonicité musculaire et l'équilibre
- Stimuler la mémoire en mouvement
- Nouer de nouvelles relations

Renseignements:
loiretcher@comite-epgv.fr
02.54.42.37.41
06.17.79.94.72

Questionnaire médical à remplir au verso de cette page (si 1 réponse positive certificat médical obligatoire)

Feuille à conserver

GARANTIES de l'assurance GROUPEAMA

Responsabilité Civile		
• Dommages Corporels		30 000 000€
• Dommages matériels et immatériels consécutifs		15 000 000€
• Dommage immatériels non consécutifs		1 500 000€
Atteintes à l'environnement		5 000 000€ par année
Intoxications alimentaires		5 000 000€ par année
Occupation temporaire de locaux		30 000 000€
Matériel utilisé temporairement	7 700€ par sinistre (franchise 150€)	
Responsabilité Mandataire Sportaux		1 000 000€
Défense		300 000€
Événement mettant en jeu la RC		50 000€
Autres cas de défense		50 000€
Indemnisation des dommages corporels		
	BASE	IAC SPORT 10€/AN
Cette garantie n'est pas obligatoire. Le code du sport prévoit la possibilité de la refuser (0,50€). La FFEPSGV vous rappelle néanmoins l'intérêt de souscrire une assurance individuelle Accidents auprès de l'assureur de votre choix.		
Prise en charge de l'accès à des services d'aide à la personne	700 € dans la limite de 3 semaines	1 500€ dans la limite de un mois
Remboursement des frais médicaux...	Forfait total de 2 000€	Forfait total de 4 000€
• Dont lunettes	250€	500€
• Dont rattrapage scolaire	16€/j max 3 100€	2h/j max 7 500€
• Location tv	Inclus forfait	Inclus forfait
Invalidité		
Jusqu'à 50%	20 000€	120 000€
50-100% sans tierce personne	30 000€	150 000€
50-100% avec tierce personne	50 000€	300 000€
Décès		
Seul	10 000€	30 000€
Capital majoré (par conjoint et enfant à charge, maximum 3)	+ 5000€ /personne du foyer	+ 5000€ /personne du foyer
Frais de recherche et secours (sur remboursement des frais engagés par la victime)	7 700€	7 700€
Assistance - +33 1 41 85 81 02 – contrat n°58 225 118		

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTÉ à compléter et à conserver

REPONDEZ 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 inexplicable ?	<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 du 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		

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir. En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il faudra fournir un certificat médical et consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

ACCORD pour les PRISES de VUES et l'UTILISATION des IMAGES

Le présent document a pour objet de définir les modalités et conditions générales de l'autorisation de prises de vues.

NOM.....

PRENOM :

ADRESSE

EMAIL :

- Autorise l'association à réaliser des prises de vues durant les séances EPGV et déclare céder à l'association les droits qu'elle détient sur son image pour ces séances.
- Autorise l'association à utiliser les prises de vues réalisées en vue de la promotion de l'association. Ces prises de vues pourront faire l'objet de publication sur un support papier (photos) ou numérique (site de l'association).
- A bien noté que ces prises de vues seront utilisées dans l'intérêt de l'association. Elles ne seront pas utilisées à des fins commerciales et la cession à des tiers n'est pas autorisée.

Fait à, le.....

Signature

ACCUSÉ DU QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTE

Je soussigné(e) Atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017 lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive 2022/2023 au club EPGV de

Fait à, le.....

Signature

Feuillet à donner lors de la séance