



STADE CLERMONTOIS section  
DEMANDE D'ADMISSION SAISON


NOM		PRÉNOM	
Date de naissance		Lieu	
Nationalité			
E-mail			
Adresse			
Code postal		Ville	
Profession/Université/Etablissement scolaire			
Niveau ou classe			
Téléphone	Domicile Mère	Père	
	Portable Mère	Père	

**AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS**

Je soussigné (NOM et Prénom) agissant en qualité de (parent/tuteur) Demeurant	
Autorise	<input type="checkbox"/> mon fils
	<input type="checkbox"/> ma fille
à pratiquer le sport suivant :	

**EN CAS D'URGENCE**

Je donne Autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence  
 Je ne donne pas

Médecin traitant	
Nom et Téléphone Personne à prévenir en cas d'urgence :	

**DROIT A L'IMAGE**

J'autorise la publication de mon image ou de celle de mon enfant  
 Je n'autorise pas

**COORDONNÉES A DES TIERS**

J'autorise la transmission de mon adresse mail aux partenaires privés  
 Je n'autorise pas du Stade Clermontois afin de recevoir leurs offres commerciales

Je, soussigné,   
- déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter ([www.stade-clermontois.com](http://www.stade-clermontois.com))  
- déclare avoir pris connaissance que lla pratique du sport ne se fait qu'avec un certificat médical d'aptitude  
- accepter que les remboursement peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A  le  Signature

Joindre : 1 photo et Certificat médical d'aptitude



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### 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.



Gymnase Honoré et Jean Fleury  
Place Pierre de Coubertin  
63000 CLERMONT-FERRAND  
Tel. : (33)4 73 93 22 60  
Fax : (33)4 73 93 46 76  
Email : stadeclermontois@wanadoo.fr

## ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE

**Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication**

Je, soussigné Mme / Mr (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal)

.....  
.....

certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A ..... Le ...../...../.....

Signature :