



AVENIR DE LA BEAUCE

Fondée le 5 novembre 1884

28 Boulevard Foch - 28000 CHARTRES
Siret 413 826 975 00018

GAF Loisirs Inscription 2026-2027

NOM de l'enfant : _____ PRENOM de l'enfant : _____

Date de naissance : ___/___/____ Taille T-shirt : 4/6 ans 6/8 ans 8/10 ans 10/12 ans 12/14 ans

Lieu de Naissance : _____ XS S M L XL 2XL

NOM et Prénom du parent responsable : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville ; _____

1^{er} Tel : _____ 2nd Tel : _____

1^{er} Contact en cas d'URGENCE : / / / / / / / / / / / / / / (un chiffre par case)

Mail obligatoire : _____ @ _____

Toutes les informations concernant notre association et votre enfant (Stages loisirs, gala, assemblée générale...) vous seront communiquées **uniquement par mail**. Un e-mail de test sera envoyé fin septembre

Nouvelle Inscription : Oui Non

| | | Année Naissance | Salle | |
|--------------------------|--|----------------------------|----------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Poussines - 1h Mardi de 17h30 à 18h30 | Cotisation annuelle : 230€ | 2020-2019 | Aubry |
| | Mercredi de 14h30 à 15h30 | | | La Madeleine |
| <input type="checkbox"/> | Poussines / Benjamins - 1h Mercredi de 13h30 à 14h30 | Cotisation annuelle : 230€ | 2018-2017-2016 | La Madeleine |
| | Mercredi de 15h30 à 16h30 | | | Aubry |
| | Jeudi de 17h30 à 18h30 | | | |
| <input type="checkbox"/> | Minimes / Cadettes / Juniores - 1h Mercredi de 18h à 19h | Cotisation annuelle : 230€ | De 2015 à 2010 | La Madeleine |
| <input type="checkbox"/> | Minimes / Cadettes / Juniores - 1h30 Mercredi de 16h30 à 18h | Cotisation annuelle : 245€ | De 2015 à 2010 | La Madeleine |

Pièces à joindre - Seuls les dossiers complets seront acceptés.

> Dossier d'inscription complété et **signé**

> Règlement total de la cotisation

Possibilité de régler en espèces, chèques vacances (merci de remplir votre nom et adresse si ce n'est pas pré-rempli) ou chèques (à l'ordre de l'Avenir de la Beauce) - Vous pouvez faire jusqu'à 3 chèques, le premier incluant le coût de la licence, soit :

pour un règlement de 230 € - 3 chèques de 120 € / 60 € / 50 € pour un règlement de 245 € - 3 chèques de 120 € / 70 € / 55 €

Les chèques sont encaissés entre le 1^{er} et le 7 des mois suivants : 1^{er} chèque Octobre 2026, 2^{ème} chèque novembre 2026, 3^{ème} chèque Janvier 2027
À partir de fin octobre, votre enfant ne pourra pas participer au cours si son dossier est incomplet.

Désirez-vous une attestation d'inscription ?

Oui Non

Date d'inscription : _____

Signature obligatoire

----- Cadre réservé au Club -----

Règlement

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Espèces | € |
| <input type="checkbox"/> Chèques vacances | € |
| <input type="checkbox"/> Chèques | € |
| <input type="checkbox"/> Pass Sport | € |

Dossier

| | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paiement complet | |
| <input type="checkbox"/> Certificat Médical (ou attestation) - Reçu le | |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'inscription - Remise le | |
| <input type="checkbox"/> Licence FFGYM | <input type="checkbox"/> Mail vérifié |

| | | | | |
|---------------|---------|----------|---------|------------|
| N° Chèque | | | | PASS SPORT |
| Banque | | | | N° |
| Montant | | | | YEPS |
| Encaissements | Octobre | Novembre | Janvier | N° |

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné.e : _____ Responsable légal de l'enfant : _____

(Cocher la mention utile)

Autorise

N'autorise pas

le Club Avenir de la Beauce, à faire hospitaliser en cas d'accident, de maladie, ou d'intervention présentant un caractère d'urgence pour l'enfant nommé ci-dessus et autorise l'établissement de santé à endormir et opérer cet enfant en cas de nécessité.

Médecin traitant : _____ Ville : _____

Fait à : _____ Le : _____

Signature obligatoire du(des) responsable(s)

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER, FILMER ET D'APPARAÎTRE SUR LE SITE ET LES RÉSEAUX SOCIAUX DU CLUB

Je soussigné.e : _____ Responsable légal de l'enfant : _____

(Cocher la mention utile)

Autorise

N'autorise pas

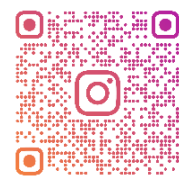
Les entraîneurs ou membres dirigeants du Club Avenir de la Beauce à photographier, ou filmer, l'enfant nommé ci-dessus lors des entraînements et des compétitions et le club à publier ces photos/films :

-> sur le site web OUI NON -> sur nos réseaux sociaux (Facebook et Instagram) OUI NON

Fait à : _____ Le : _____

Signature obligatoire du(des) responsable(s)

Pour nous suivre sur
Instagram
Flashez le Q/R code ->



AVENIRDELABEAUCEGYMNASTIQUE

ENGAGEMENT DES RESPONSABLES DU LICENCIÉ

Je m'engage :

- **À venir chercher l'enfant _____ dès la fin des cours dans lesquels il est inscrit.**
(NB : passée l'heure normale du cours de l'enfant, le club n'est plus responsable de votre enfant)
- En cas d'absence, à prévenir son entraîneur, au minimum 48 heures avant le cours concerné ou le jour même en cas de maladie.
- À signaler tout changement d'adresse et/ou numéro de téléphone et ou de mail en cours d'année.

Nous vous rappelons que pour le bon déroulement des entraînements, la présence des parents pendant les cours n'est pas souhaitée. La présence est cependant possible ponctuellement avec l'accord préalable de l'entraîneur. L'accès au gymnase est possible 10 mn avant la fin des cours.

Fait à : _____ Le : _____

Signature obligatoire du(des) responsable(s)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

| | | |
|---|--|------------|
| 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 |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | | |
| As-tu été opéré (e) ? | | |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | | |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | | |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | | |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | | |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | | |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | | |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | | |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | | |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | OUI | NON |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | | |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | | |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | | |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | | |
| Pleures-tu plus souvent ? | | |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | | |
| Aujourd'hui | OUI | NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | | |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | | |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | | |
| 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 ? | | |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | |
| 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.) | | |

Vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir

Vous avez répondu **NON** à toutes les questions : Remplir **OBLIGATOIREMENT** l'attestation ci-dessous.

| | |
|--|------------------|
| Attestation (Pour les mineurs) | |
| Je soussigné : | |
| Nom : | Prénom : |
| Représentant légal de l'enfant : | |
| Licence N° | Club : |
| Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence à la FFG pour la saison...../..... | |
| Atteste avoir répondu NON à toutes les questions. | |
| Fait à.....le..... | <u>Signature</u> |