



# Association Club de Préparation Physique Aigurandais COURS SPORT ADULTES/ADO - Saison 2025/2026

## FICHE D'INSCRIPTION

À remettre le 30 septembre au plus tard

### Adhérent(e)

NOM - Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

Téléphone : ..... E-mail : ..... @.....

### Activité(s) choisie(s)

- ☐ **cardio-renfo** : mardi de 19h30 à 20h30 à la MEL ☐ **Step** : mercredi de 19h30 à 20h30 au gymnase  
☐ **Zumba** : jeudi de 19h45 à 20h45 à la MEL ☐ **Body Zen** : vendredi de 19h30 à 20h30 au dojo

| Tarif annuel (licence + cotisation CPPA EPGV)       | Choix<br>(cases à cocher) | Tarif    |
|-----------------------------------------------------|---------------------------|----------|
| 1 cours /semaine                                    |                           | 100,00 € |
| 2 cours /semaine                                    |                           | 130,00 € |
| 3 cours /semaine                                    |                           | 150,00 € |
| 4 cours /semaine                                    |                           | 160,00 € |
| L'adhérent est mineur                               |                           | -5,00 €  |
| Réduction famille (précisez nom : .....) )          |                           | -25,00 € |
| Réduction parrainage (précisez nom : .....) )       |                           | -5,00 €  |
| Réduction Pass'Sport (fournir l'email justificatif) |                           | -50,00 € |
| <b>TOTAL À PAYER</b>                                | (Indiquer la somme) =     |          |

- **Réduction famille** : valable pour le 2<sup>ème</sup> membre (et plus) d'un même foyer (adulte et/ou enfant), sur présentation d'un justificatif. Les feuilles d'inscriptions devront être rendues en même temps.
- **Réduction parrainage** : Pour les adhérents 2024-2025, possibilité de parrainer un nouveau licencié. Une seule réduction parrainage valable par inscription. La réduction s'applique sur le parrain.

### Mode de règlement

- ☐ Espèces  
☐ 1 chèque ☐ 2 chèques (encaissement en octobre et décembre) ☐ 3 chèques (octobre, décembre et février)  
Les chèques doivent être rédigés à l'ordre du CPPA36 et obligatoirement tous être remis le jour de l'inscription.  
☐ Par virement Bancaire IBAN FR76 3000 4002 6700 0100 1573 914 - BNP PARIBAS AIGURANDE BNPAFRPPXXX  
☐ Bénéficiaire d'une réduction : Pass'Sport, Yeps, autre – préciser laquelle/lesquelles et fournir un justificatif :  
.....

Fait le ...../...../2025

Signature :

## ANNEXE SIGNATURES

Fiche à retourner complétée, datée et signée au CPPA, avec la fiche d'inscription,  
après avoir lu les conditions d'adhésion

### ● ADHÉRENT(E)

NOM - Prénom : ..... Date de signature : ...../...../.....  
(Le cas échéant) Responsable légal : ..... Lien de parenté avec l'enfant : .....

### ● QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

**Mineurs** : Je sus-signé(e), responsable légal de l'adhérent mineur sus-mentionné(e), 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, lors de la demande de la licence pour la saison sportive ...../..... au club EPGV CPPA.

☐ Signature :

**Majeurs** : Je sus-signé(e) atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021, lors de la demande de la licence pour la saison sportive ...../..... au club EPGV CPPA.

☐ Signature :

☐ **À défaut** remettre un certificat de non-contre-indication à la pratique sportive datant de moins de 6 mois

### ● INFO MÉDICALES ET URGENCE

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

..... N° Tél : .....

..... N° Tél : .....

Informations médicales dont vous souhaitez nous informer : .....  
.....

### ● AUTORISATIONS PARENTALES

Je sus-signé(e), responsable légal de l'adhérent mineur sus-mentionné(e), l'autorise à participer aux cours de danse et/ou de sport organisés par le CPPA.

Le CPPA n'est responsable des mineurs que pendant les activités. L'enfant doit être obligatoirement accompagné à l'entrée et à la sortie de son activité.

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant à la fin du cours :

(Nom Prénom Lien) : .....

(Nom Prénom Lien) : .....

☐ Signature :

### ● DROIT À L'IMAGE (entourer le choix)

**Majeurs** : Je sus-signé(e) **autorise / n'autorise pas**, l'association Club de Préparation Physique Aigurandais (CPPA) à exploiter et diffuser des photos et vidéos prises dans le cadre de ses activités et sur lesquelles j'apparais.

☐ Signature :

**Mineurs** : Je sus-signé(e), responsable légal de l'enfant sus-mentionné(e), **autorise / n'autorise pas**, l'association Club de Préparation Physique Aigurandais (CPPA) à exploiter et diffuser des photos et vidéos prises dans le cadre de ses activités et sur lesquelles apparaît mon enfant.

☐ Signature :



## **Association Club de Préparation Physique Aigurandais**

### **Conditions d'adhésion 2025/2026 - À LIRE ET CONSERVER**

#### **Modalités d'adhésion**

- Inscription définitive après règlement des adhésions et cotisation, au plus tard le 30 septembre 2025.
- Aucun remboursement ne sera effectué sauf cas exceptionnel (arrêt pour raison médicale d'une durée de 12 semaines minimum, sur présentation d'un justificatif et selon les conditions définies par le club).
- En cas d'arrêt des cours pour cause sanitaire suivant les décisions gouvernementales, le CPPA se réserve le droit de ne pas rembourser ou de rembourser tout ou partie des cours non effectués (hors licence).
- En cas d'un nombre insuffisant d'inscription à un cours, le CPPA se réserve le droit d'annuler le cours. Dans ce cas, le montant de l'inscription sera remboursé après déduction des cours déjà effectués.

#### **Capacité physique**

Conformément à l'article L. 231-2 du code du sport, le certificat médical n'est plus demandé.

L'adhérent majeur, ou l'adhérent mineur avec son représentant légal, doit remplir le questionnaire de santé et remettre l'attestation indiquant qu'il a répondu négativement au questionnaire de santé et à défaut remettre un certificat médical datant de moins de 6 mois.

#### **Assurance**

Conformément à l'article L. 321-1 du Code du sport, la FFEPGV a conclu un contrat d'assurance (Maif) qui couvre les associations et les adhérents pour l'ensemble des activités mises en œuvre du 01/09/25 au 31/08/26.

Par ailleurs, pour un montant de 11,85 euros le licencié a la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire venant en plus de l'assurance de base, pour la saison sportive 2025/2026. L'adhérent est informé de l'intérêt que présente la souscription d'une assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels sa pratique sportive peut l'exposer.

#### **Statuts et Règlement intérieur**

L'adhésion à l'association entraîne l'acceptation de l'ensemble des dispositions de ses statuts.

Les documents sont consultables sur le site internet ou sur demande auprès d'un membre du bureau.

#### **Participation à l'Assemblée Générale**

L'association est administrée par un Bureau bénévole. Il est important que chacun participe à la vie du club notamment par sa présence à l'Assemblée Générale annuelle.

#### **Utilisation des données personnelles**

L'adhérent est informé que l'association et la FFEPGV collectent et utilisent ses données personnelles dans le cadre de son contrat d'adhésion avec l'association et du contrôle de l'honorabilité lorsqu'il est nécessaire. Les données personnelles de chaque adhérent sont utilisées à des fins de gestion associative, mais également à des fins statistiques non-nominatives. Chaque adhérent est informé qu'il a un droit d'accès, de modification, d'effacement et de portabilité qu'il peut exercer sur ses données personnelles. Pour faire valoir ce droit, l'adhérent devra envoyer un e-mail à l'association à l'adresse suivante : [cppa36@outlook.fr](mailto:cppa36@outlook.fr) ou un courrier à l'adresse de l'association.

#### **Droit à l'image**

Dans le cadre de ses activités, l'association CPPA est amenée à prendre des photos et des vidéos sur lesquelles vous pouvez apparaître. Dans le respect de la loi relative au droit à l'image, nous vous demandons une autorisation écrite pour l'exploitation et la diffusion de ces images par l'association et la FFEPGV.

Ces images sont cédées à titre gratuit, pour une durée illimitée, et pour tout support imprimé ou numérique visant à promouvoir les activités du CPPA et à en rendre compte.

Ces images pourront également être transmises à la presse et, par conséquent, diffusées sur les supports de cette dernière.

# Questionnaire de santé EPGV

## pour le sportif majeur

### ANNEXE 1 - questionnaire de santé – Majeurs

Volet à conserver par le licencié

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 :<br>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                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liés à des étourdissement ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>                                                                                                                                       |                          |                          |

- 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 (sur la Page n°2 "Annexe signatures")
- 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.



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

### Volet destiné aux parents ou responsable légal du licencié 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.**

|                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                           |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                                          |  | <b>Ton âge :</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                              |  | 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"/> |
| 6) As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 7) 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"/> |
| 8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 9) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 10) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 11) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 12) 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>                                                                                                                                                                         |  |                                                                           |                          |
| 13) Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 14) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 15) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 16) Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 17) Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 18) 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"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                           |                          |
| 19) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                               |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 20) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 21) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                            |  |                                                                           |                          |
| 22) 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"/> |
| 23) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 24) Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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