



## ARTS ET SPORTS A CLARET INSCRIPTION QI GONG 2026 /27

NOM et PRENOM DE L'ADHERENT

Date de naissance

Adresse

Tel Portable et ou Fixe

Adresse mail en **MAJUSCULE**

**QI GONG 200€+15 € adhésion**

Professeur SOLANE SPEISER 06 0714 35 34

**Jeudi 11H12H maison des associations salle de l'hortus**

Joindre le paiement complet chèque vacances chèque sport chaque bancaire à l'ordre  
ARTS ET SPORTS A CLARET. paiements échelonnés possibles sur quatre mois

**Les adhérents n'étant pas à jour de leur inscription à la fin du cours d'essai ne  
pourront être accueilli par le professeur pour des raisons d'assurance**

L'adhésion individuelle couvre le fonctionnement de l'association :assurance matériel

Les membres du bureau sont bénévoles

Inscription d'un adhérent à un second cours 20 % de réduction sur le cours le moins cher

Dans une même famille il sera accordé 10 % de réduction au deuxième adhérent sur le cours  
le moins cher 20 % de réduction au troisième adhérent sur le cours le moins cher

L'adhésion et la cotisation seront réglés ensemble.

**Au recto de cette feuille un questionnaire santé  
A REMPLIR NOM PRENOM ET SIGNATURE**

Nous contacter

Mail : [artsetsportsaclaret@gmail.com](mailto:artsetsportsaclaret@gmail.com)

Téléphone : 06 51 33 90 20 (sms)

AAAAAAA



## 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"/> |

*\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

#### 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.

Nous contacter

Mail : [artsetsportsaclaret@gmail.com](mailto:artsetsportsaclaret@gmail.com)

Téléphone : 06 51 33 90 20 (sms)