

CLUB DE LA RETRAITE SPORTIVE D'ENGHIEN LES BAINS

Bulletin d' Adhésion - Saison 2024/2025

A compléter et à adresser au CRSE, 57 Rue du Général de Gaulle 95800 Enghien les Bains

Site Web du CRSE : <https://www.club-de-la-retraite-sportive-d-enghien-les-bains-95.fr>

Adresse mail du secrétariat : crse.secretariat@gmail.com Tél : 06.43.37.93.69

Je soussigné (e) :

Licence N° :

NOM :.....PRENOM :.....

DATE DE NAISSANCE (obligatoire pour l'assurance) :/...../.....

LIEU DE NAISSANCE : DEPT NAISSANCE :

ADRESSE :.....

CODE POSTAL :..... VILLE :.....

TEL FIXE :..... TEL MOBILE :.....

ADRESSE MAIL :.....

CERTIFICAT MEDICAL

La Fédération Française de la Retraite Sportive a mis fin à l'obligation de présenter, pour l'obtention d'une licence, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive de loisir. Toutefois la FFRS vous recommande d'analyser avec votre médecin si, le cas échéant, la pratique des disciplines que vous envisagez doit être adaptée à votre état de santé. Pour vous aider, nous vous proposons l'auto-questionnaire "Q-AAP+" qui comporte 7 questions de base. Une réponse positive à une ou plusieurs questions devrait vous inciter à une consultation médicale préalable avant toute inscription à une activité sportive de loisir au CRSE.

REGLEMENT INTERIEUR :

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du Club dont j'ai pris connaissance (voir site du CRSE)

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise expressément le Club de la Retraite Sportive d'Enghien les Bains, à insérer sur son site internet des photos de groupes sur lesquelles je peux figurer de façon reconnaissable :

OUI NON

À Enghien les Bains, le.....

Signature :.....

RECUEIL DE CONSENTEMENT DES PERSONNES

(Règlement Européen sur la Protection des Données Personnelles)

Je soussigné (e) :

Mme Mr NOM :.....PRENOM :.....

Donne mon consentement au recueil et au traitement des données me concernant par le Club de la Retraite Sportive d'Enghien les Bains.

Je prends note que je peux à tout moment demander à connaître les éléments conservés sur moi et que, selon les termes de la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Libertés », je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de suspension et d'opposition aux informations et messages me concernant.

A Enghien les Bains, le.....

Signature :.....

REmplir OBLIGATOIREMENT LE VERSO DU BULLETIN



CLUB DE LA RETRAITE SPORTIVE D'ENGHEN LES BAINS				
Saison 2024/2025				
Pas de chèque global pour les couples, Merci de faire 1 chèque séparé pour la cotisation de base et 1 chèque séparé pour chaque activité payante choisie				
COTISATION DE BASE OBLIGATOIRE		TARIF	55,00 €	
ACTIVITES (ci-dessous)	COCHER VOTRE CHOIX Y COMPRIS POUR LES ACTIVITES GRATUITES (1 Chèque par activité)			
Gym Aquatique		30,00 €		
Activité Dansée		10,00 €		
Tennis		20,00 €		
Tennis de table		20,00		
Gymnastique d'entretien	1 cours par semaine	(*) 85 €		
	<input type="checkbox"/> Lundi 1er cours <input type="checkbox"/> Lundi 2 ^{ème} cours <input type="checkbox"/> Lundi 3 ^{ème} cours <input type="checkbox"/> Mardi matin <input type="checkbox"/> Jeudi matin	<== cocher le(s) jour(s) correspondant(s) pour 1 , 2 ou 3 cours		
	2 ou 3 cours par semaine	(*) 160 € ou 240€		
	(*) payable en 2 fois pour 1cours (2x42,50€) 2cours (2x80€) ou 3cours (2x120€)	1 ^{er} chèque de 42.50 , 80 ou 120€		
		2 ^{ème} chèque de 42.50 , 80 ou 120€		
Taï Chi		(*) 85 € ou		
		1 ^{er} chèque de 42,50€		
		2 ^{me} chèque de 42,50€		
Yoga		(*) 160 € ou		
		1 ^{er} chèque de 80 €		
		2 ^{ème} chèque de 80 €		
Golf		(Voir responsable)		
Marche Nordique	à cocher si inscription ==>			
Pétanque	à cocher si inscription			
Randonnée pédestre	à cocher si inscription			
Swin golf	à cocher si inscription			
Cyclotourisme	à cocher si inscription			
LES ASSURANCES OPTIONNELLES		chèque séparé/option		
Option MSC I.A Plus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	5,22 €		
Option Effets Personnels	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	27,00 €		
		TOTAL		
(*) le 1 ^{er} chèque est encaissé à l'inscription, le 2 ^{ème} le 31/01/2025				
MERCI D'ETABLIR VOS CHEQUES A L'ORDRE DU C.R.S.E				
ENGHEN LES BAINS, LE..... SIGNATURE :				

Recommandations santé aux licenciés des clubs FFRS

La Fédération française de la retraite sportive a décidé, en application de la loi du 2 mars 2022, après avis réglementaire de sa Commission médicale, de mettre fin dès le 1^{er} janvier 2023, à l'obligation de présenter, pour l'obtention d'une licence, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive de loisir afin de faciliter et encourager l'accès aux activités proposées.

Toutefois, même si, de manière générale, la pratique d'une activité physique régulière est reconnue unanimement et universellement comme un élément bénéfique pour la santé, la FFRS vous recommande d'analyser avec votre médecin si, le cas échéant, la pratique des disciplines que vous envisagez doit être adaptée à votre état de santé.

Pour vous aider dans cette démarche, nous vous proposons l'auto-questionnaire « Q-AAP+ » élaboré par la Haute Autorité de Santé, qui comporte sept questions de base.

- Une réponse positive à une ou plusieurs questions devrait vous inciter à une consultation médicale préalable.
- Ce document est bien sûr confidentiel et ne doit être communiqué qu'au médecin de votre choix.

Auto-questionnaire « Q-AAP+ » (questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique pour tous)

Lisez les 7 questions avec attention et répondez à chacune avec honnêteté, par oui/non	oui	non
1. Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque <input type="checkbox"/> ou d'une hypertension <input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ressentez-vous une douleur à la poitrine au repos, ou au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'AP ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu conscience au cours des 12 derniers mois ? Répondez non si vos étourdissements étaient liés à de l'hyperventilation (y compris pendant une AP d'intensité élevée).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été diagnostiqué d'une autre maladie chronique (autres qu'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle) ? Lister les maladies ici :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ? Lister les maladies et les médicaments ici :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous présentement (ou avez-vous eu dans les 12 derniers mois) des problèmes osseux, articulaires, ou des tissus mous (muscle, ligament, ou tendon) qui pourraient être aggravés par une augmentation d'AP ? NB. Répondez non si vous avez déjà eu un problème dans le passé, mais qui ne limite pas votre pratique d'AP présente. Lister vos problèmes médicaux ici :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous ne devriez pas faire d'AP sans supervision médicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>