



## Inscription Enfant saison 2022/2023



### Informations générales

Civilité  Madame  Monsieur



Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

### Représentant Légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Email : ..... N° de Téléphone : .....

Email : ..... N° de Téléphone : .....

Situation médicale :  QS sport  certificat médical (date : .....

### Tarifs saison 2022-2023 pour 28 séances annuelles (licence incluse)\*

\*10% sur l'inscription enfant en cas d'inscription d'un parent

Formule	Age	Fréquence	Tarifs
Baby Tennis	3-4 ans	1x1h/sem	150€
Mini Tennis	5-6 ans	1x1h/sem	215€
		2x1h/sem	380€

Formule	Age	Fréquence	Tarifs
Galaxie Tennis	7-10 ans	1x1h30/sem	280€
		2x1h30/sem	450€
Tennis Loisir	10-17 ans	1x1h30/sem	280€
		2x1h30/sem	450€

Formule	Age	Fréquence	Tarifs	Engagement du joueur**
Centre de compétition	11-17 ans	1x1h30/sem	300€	Participer à minimum 7 matchs officiels sur la saison
		2x1h30/sem	450€	Participer à minimum 12 matchs officiels sur la saison
		3x1h30/sem	600€	Participer à minimum 15 matchs officiels sur la saison

\*\* formation à l'arbitrage incluse

Formule	Tarifs
Cotisation sans cours collectif	150€
Licence enfant (7-18 ans)	22€
Licence enfant (3-6 ans)	12€

### Droit à l'image

Je soussigné(e) ..... (nom et prénom), responsable légal de l'enfant ..... autorise le TC Illberg et ses enseignants à prendre des photos et des séquences vidéos de mon enfant, et à les publier sur les supports interactifs associés au club (site internet, Facebook, réseaux sociaux)

### Signature :



### Règlement

Date : .....  Espèces  CB

Chèque, banque : ..... N° Chèque : .....

Nom du porteur du chèque : .....

## 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 inexplicquée ?	<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. Simplet atteste, 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.

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM] .....

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] .....

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du représentant légal :**