faculté
Cheval Nature Santé

Année scolaire :

FICHE ACCUEIL INDIVIDU
Centre d'Equihomologie

Nationalité :

NOM :……..... Prénom ……..... Né(e) : ……..

CP + Ville .....

Tel .....

Email (lisible !) .....

Je soussigné(e), ou responsable légal (si mineur): Nom/Prénom ……..

Père /Mère/ Autre

ADHESION à l'association _____

◯ ***OUI j'adhère avec*** **PACK ADHÉSION + LICENCE FSCF à 30€/année scolaire : pour client régulier**

Je remplis le QUESTIONNAIRE SANTE si je viens en prestation LOISIR et/ou fournis un CERTIFICAT MEDICAL si je réponds OUI à certaines questions ou si je viens en prestation THERAPIE - pour déclencher ma licence et mon assurance. Par ces actes, je dédouane l'association ISOFACULTE de toute responsabilité médicale. Dans l'attente, ni ma licence, ni mon assurance activité ne sont souscrites.

◯ ***OUI j'adhère*** **avec ADHÉSION SIMPLE à 10€/année scolaire : pour client occasionnel seulement**

Cette formule d'adhésion ne donne accès ni aux assurances, ni aux forfaits groupes et cartes 5/ 10 cours.
Je confirme que je couvre seul(e) mes risques activités.

◯ ***NON*** *je n'adhère PAS* à l'association, je couvre seul(e) mes risques et n'ai pas accès aux tarifs préférentiels

ASSURANCE_____

Je reconnais avoir été pleinement informé(e) sur les modalités d'assurance, affichées :

◯ **Je choisis de souscrire** à la formule d'assurance activité complémentaire suivante (MMA / FSCF) :

◯ MINI +5€ ◯ MIDI +10€ ◯ MAXI +15€ par année scolaire

Je reconnais que l'assurance ne sera effective que dès règlement + certificat médical et/ou questionnaire santé fournis.

◯ **Je ne souhaite pas souscrire** à une assurance complémentaire, j'écris en toutes lettres :
"Je refuse l'assurance complémentaire" + signature.

..... **Signature :**

Je dédouane l'association ISOFACULTE de toute responsabilité d'assurance activité en l'absence de souscription.

DROIT A L'IMAGE _____

◯ ***OUI*** *j'autorise* ◯ ***/ NON*** *je n'autorise pas* : ISOFACULTE à me filmer ou photographier, dans ma pratique de l'équihomologie ou isologie et à utiliser ces images pour sa promotion sur l'ensemble de ses supports de communication et d'apparaître de manière reconnaissable sur ces-dits documents.

REGLEMENT INTERIEUR (sur place et sur le site Internet de l'association) _____

◯ ***OUI,*** *je reconnais* avoir pris connaissance du règlement intérieur d'ISOFACULTE et de le respecter.

Fait à Mazan, le .....

SIGNATURE :

Retrouvez tous les documents en consultation sur place et dans notre **GALERIE DOCUMENTS** sur notre site Internet !

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Centre d'Equihomologie

Indispensable pour toute demande de licence FSCF et/ou assurance activité

NOM :……..……..**Prénom** : …….

Représentant légal (si mineur) :
……

Date naissance : …….. **Sexe** : …….

Merci de répondre à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé par OUI ou par NON durant les douze derniers mois

		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
	À CE JOUR :		
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 ?	☐	☐
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

(NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

à fournir et je dédouane l'association ISOFACULTE de toute responsabilité médicale

Fait à : ……..

Le : …….

Signature : ……..