

1. Cellule Sécurité EGR	2. Visa Pdt / vice-Pdt CSLG17	3. Trésorerie CSLG17	4. Secrétariat CSLG17
<input type="checkbox"/> validé <input type="checkbox"/> refusé	<input type="checkbox"/> personnel déjà autorisé (badge permanent) <input type="checkbox"/> refusé	<input type="checkbox"/> validé <input type="checkbox"/> refusé	<input type="checkbox"/> encaissement du règlement <input type="checkbox"/> inscription licence <input type="checkbox"/> inscription base CSLG
		<input type="checkbox"/> enregistrement contact BAL	<input type="checkbox"/> e-mail de confirmation

# DEMANDE D'ADHÉSION

## A remplir en MAJUSCULE

Club Sportif et de Loisirs de la Gendarmerie en Charente Maritime

École de Gendarmerie de Rochefort

Rond-Point Albert Bignon – BP 90179

17308 ROCHEFORT Cedex

@ : secretariatcslgrochefort@gmail.com

Tél : 06.23.13.76.28



Photo  
d'identité  
récente si  
Nouvel  
Adhérent

Saison 2024 / 2025

### ADHÉSION :

Nouvelle adhésion

Renouvellement

↳ si oui : n° de badge

↳ si oui : n° de licence

↳ si oui : questionnaire de santé complété

oui  non

### PERSONNEL :

Personnel  
EGR : n° badge

Personnel  
CEGN : n° badge

Personnel  
CNAU : n° badge

officier

sous-officier

militaire du rang

civil défense

Ext défense/Police

Famille de militaire

Retraité/ Réserviste

Sexe :  FÉMININ

MASCULIN

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Nationalité :

e-mail :

-non gendarmerie - non intradef - non la poste.net

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone :

-numéro de portable, de préférence-

Personne à prévenir en cas de problème :

N° de téléphone (portable de préférence) :

lien :

Activité(s) sauf le secourisme	ACTIVITÉS	PRIX	RESPONSABLE
	<input type="checkbox"/> Combat	<input type="checkbox"/> Cardio défense <input type="checkbox"/> Self défense	60 €
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> CTF – Cross Training Force		80 €	Tiffany GOUBIS 06.75.11.84.67
<input type="checkbox"/> Danse	<input type="checkbox"/> Zumba <input type="checkbox"/> Danse polynésienne	15 €	Fabienne BELMONTE Vahea TAATA 06.75.47.84.37 06.75.33.99.96
<input type="checkbox"/> Fitness		20 €	Alexandre CLERC 06.20.96.62.60
<input type="checkbox"/> Futsal / Foot à 7		15 €	Nicolas BESSON 06.23.13.76.28
<input type="checkbox"/> Jeux d'histoires		10 €	Jérôme LEFRANCQ 06.41.80.46.82
<input type="checkbox"/> Marche Nordique		10 €	Michel BRIDIER 06.61.72.64.59
<input type="checkbox"/> Musculation		70 €	Frédéric DEKETELE 07.81.51.29.50
<input type="checkbox"/> Padel		20 €	Benoît RIVIERES 06.15.37.19.44
<input type="checkbox"/> Relaxation		5 €	Audrey BOISIAUD 06.26.45.47.99
<input type="checkbox"/> Yoga		20 €	Alexandra LAVIGNE 06.13.89.54.10
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> TOUTES activités (sauf secourisme)		170 €	CSLG 06.23.13.76.28
<b>Caution</b>	<input type="checkbox"/> Caution de 15 € pour le badge d'accès à la caserne, pour les non-détenteurs (remboursée au départ de l'adhérent, au moment de la réintégration du badge, sauf en cas de perte, de détérioration ou de non-restitution du badge)		

TOTAL : 40 € + Activité(s) + Caution =  €

Règlement :

chèque n° :  à l'ordre du CSLG17

Banque :

espèces (avoir le *compte rond*)

Je, soussigné(e)

- reconnais avoir été informé(e) que je fais l'objet d'une vérification dans les fichiers administratifs. Le club sportif se situant au sein d'une caserne militaire, seule l'École de Gendarmerie de Rochefort est habilitée à accepter/refuser la demande d'accès au site ;
- renonce à tout recours contre l'État pour les dommages corporels/matériels qui pourraient survenir pendant les activités organisées par le club ;
- renonce à tout recours contre le club en cas d'accident survenu en dehors des séances encadrées par celui-ci ;
- m'engage à présenter mon badge au poste de sécurité pour pénétrer dans l'École de Gendarmerie de Rochefort ;
- m'engage à restituer le badge dès la fin de mon adhésion au CSLG17.

Droit à l'image :

J'autorise que ma photo prise dans le cadre de(s) activité(s) que je pratique puisse apparaître dans des publications du club/des activités.

Autorisation parentale : Je, soussigné(e) , représentant(e) légal(e) de  :

• **secourisme (à partir de 10 ans) :**

- l'autorise à participer à l'activité secourisme pour la saison 2024/2025 ;
- autorise qu'il/elle puisse être pris(e) en photo dans le cadre de ses activités au CSLG17 et apparaître dans les publications du club/des activités.

• **activités physiques (entre 16 & 18 ans) :**

- l'autorise à participer aux activités du CSLG17 pour la saison 2024/2025 ;
- autorise qu'il/elle puisse être pris(e) en photo dans le cadre de ses activités au CSLG17 et apparaître dans les publications du club/des activités.

• **activités danse (entre 6 & 18 ans) :**

- l'autorise à participer à l'activité danse pour la saison 2024/2025 ;
- autorise qu'il/elle puisse être pris(e) en photo dans le cadre de ses activités au CSLG17 et apparaître dans les publications du club/des activités.

- Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des règlements internes de l'association et m'engage à les respecter.

- Je reconnais avoir pris connaissance des garanties minimales souscrites par la FCD auprès de la GMF/SAUVEGARDE.

- Je reconnais avoir pris connaissance des garanties complémentaires proposées par la FCD auprès de la GMF/SAUVEGARDE.

- Je ne souscris pas à ces garanties complémentaires facultatives.
- Je souscris à la formule (tarification en vigueur). Se rapprocher du club pour plus d'informations.

- Je reconnais accepter les risques inhérents à la pratique des activités pratiquées.

- Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétaire de l'association. En application de l'article 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au président de l'association.

**L'adhésion ne sera définitive qu'après sa validation par le comité directeur de l'association.**

Documents à fournir :

Renouvellement d'adhésion de l'année précédente :

Si demande d'accès à la caserne en véhicule :  attestation d'assurance

si changement de véhicule : carte grise

Si activité COMBAT : certificat médical de non contre-indication de **moins de 3 mois** à la pratique des **sports de combat (VALABLE 1 AN)**

Attestation « Questionnaire de santé »

Nouvelle adhésion :

si demande d'accès à la caserne en véhicule : PHOTOCOPIES permis de conduire + carte grise + attestation d'assurance

PHOTOCOPIE pièce d'identité professionnelle (militaire ou policière) pour les détenteurs ou civile (*pour justification du tarif préférentiel*)

une photo d'identité récente

certificat(s) médical(aux) de non contre-indication (*pour les militaires : la VMP n'est pas autorisée*) de **moins de 3 mois** :  
→ à la pratique des **sports de combat (valable 1 an)** mention activité "Combat"

Attestation « Questionnaire de santé »

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à m'y conformé.

Date :

Signature :

(du représentant légal, si mineur)

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD

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
Durant les douze derniers mois :			
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"/>
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 dans 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"/>
10.	Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i><b>NB :</b> 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. 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.			

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant d'autorité : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

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.			
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : _____ ans		
Depuis l'année dernière	OUI	NON	
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)			
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Aujourd'hui			
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Questions à faire remplir par tes parents			
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"/>	
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (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"/>	
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

### Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme .....<sup>1</sup>

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

---

### Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme .....<sup>1</sup>

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant .....<sup>2</sup>

Date et signature :

---

<sup>1</sup> Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

<sup>2</sup> Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal