



## RENSEIGNEMENTS ELEVE (merci de remplir en majuscule)

Date d'inscription : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Enfant - Ados - Adulte

Nom : .....

Prénom : .....

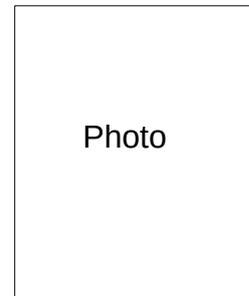
Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal / Ville : .....

N° de téléphone : .....

Adresse mail : .....



UN COURS D'ESSAI  
la semaine du 11 septembre 2023

**Le dossier complet est à rendre  
avant fin septembre**



Abonnez-vous à notre page  
facebook SLAM DANSE

ou retrouvez-nous sur  
<http://slamdance.com>

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES MINEURS

NOM / PRENOM DU PARENT 1 .....

N° de téléphone : .....      Mail : .....

NOM / PRENOM DU PARENT 2 .....

N° de téléphone : .....      Mail : .....

## AUTORISATION (pour tout élève, mineur ou majeur)

Je, soussigné(e) .....

Responsable de l'enfant .....

**Autorise SLAMDANSE à utiliser les photos / vidéos prises lors des cours et à l'extérieur,  
à toute fin utile et sans contrepartie.**

## LISTE DES PIECES A FOURNIR

- 1 Photo d'identité (avec Nom et Prénom au dos),
- Remplir l'auto-questionnaire fourni. S'il n'y a que des NON, joindre au dossier l'attestation sur l'honneur. S'il y a au moins un OUI, joindre un certificat médical de moins de 6 mois à la date d'inscription (précisant qu'il n'y a pas de contre-indication à la pratique de la danse),
- Pass sanitaire (sous réserve des mesures gouvernementales en vigueur),
- Fiche d'inscription remplie et signée,
- Paiement(s) et justificatif du quotient familial,
- Avez-vous besoin d'une attestation paiement pour votre CE, CAF, etc. ? Si oui cochez cette case.**

**L'inscription à SLAM DANSE vaut acceptation de son règlement intérieur consultable en ligne sur le site [slamdance.com](http://slamdance.com), onglet inscription.**

A ....., le .....

Signature :

## COURS / HORAIRES

NIVEAU	JOUR	HORAIRE

## FORFAITS ANNUELS

	Quotient A (1, 2, 3)	Quotient B (4, 5, 6)	Quotient C (7, 8, hors commune)
1h00	180	205	225
1h30	220	240	260

Frais d'inscription offerts

## ETALEMENT DU REGLEMENT

1 à 4 chèque(s) suivant le montant total à payer

(Attention : il s'agit d'une facilité de paiement.  
Tous les chèques seront remis le jour de l'inscription et intégralement encaissés à la date convenue)

## REMISE FAMILLE

### Cotisation dégressive

Pour la 2<sup>ème</sup> personne : 20 €

## REGLEMENT

Règlement : Chèque(s) / Espèces  
(Entourer)

Nombre de chèques :

Attestation paiement : Oui / Non  
(Entourer)

NOMBRE DE CHEQUE	MONTANT	BANQUE + N° CHEQUE	NOM PAYEUR

Siège Social : SLAM DANSE Chez MARTHELY PINTO Sandra 43 Avenue des Coquelicots 91420 MORANGIS  
Identifiant SIRET : 822 527 537 00010 – APE 8552Z

Tél : 06.68.54.23.15 MOULINIER Pascale (Professeur)  
Tél : 06.99.10.35.58 MARTHELY PINTO Sandra (Présidente)  
Email : [slamdance91@gmail.com](mailto:slamdance91@gmail.com)

L'association Slam Danse s'engage à respecter la confidentialité des données qu'elle récolte et atteste ne pas les utiliser à d'autres fins que celles ayant lieu avec son objet social.



# QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : 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 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 / un garçon

Ton âge : .....ans

Réponds au questionnaire suivant en cochant OUI ou NON	OUI	NON
<b>Depuis l'année dernière</b>		
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à faire une pause pendant une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet(e) ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que t'es faite cette année ?		
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille a-t-il eu une maladie grave au cœur ou au cerveau, ou est-il/elle décédé(e) subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Êtes-vous inquiet pour le poids de votre enfant ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
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, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).		

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne lui ce questionnaire rempli.**



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR D'APTITUDE PHYSIQUE

### IDENTITÉ :

Nom ..... Prénom .....

Représentant légal de l'enfant .....

Adresse .....

Code postal ..... Commune .....

### ACTIVITÉ DE LOISIR CONCERNÉE :

- Cours de danse « Modern Jazz »

### POUR LES ADHÉRENTS MAJEURS

Je déclare ne pas présenter de contre-indication médicale pour participer à l'activité ci-dessus, organisée par la commune d'Athis-Mons, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.

### POUR LES ADHÉRENTS MINEURS

Je déclare que mon enfant ne présente pas de contre-indication médicale pour participer à l'activité ci-dessus, organisée par la commune d'Athis-Mons, et dégage toute responsabilité de l'organisateur de ces activités.

### POUR TOUS LES ADHÉRENTS

J'ai connaissance des risques afférents à la pratique sportive de loisirs, et du fait qu'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive n'est pas obligatoire mais que celui-ci est conseillé afin de garantir mon état de santé / l'état de santé de mon enfant. Je ne souhaite néanmoins pas produire de certificat médical, sous mon entière responsabilité.

Cette attestation est valable pour l'ensemble de la saison, soit jusqu'au mois de Juillet 2024.

Date ..... / ..... / .....

Signature