



## RENSEIGNEMENTS ELEVE (merci de remplir en majuscule)

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

Nom : .....

Prénom : .....

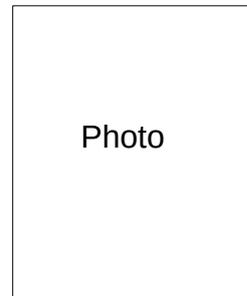
Date de naissance : .....

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 MAJEUR

Vous pouvez répondre à cet auto-questionnaire si vous êtes majeur et avez un certificat datant de moins de trois ans. De plus, la structure sportive doit détenir ledit certificat, et vous devez avoir été licencié(e) en continu depuis la remise de ce certificat.

Un certificat ne peut être prolongé plus de 2 fois avec un questionnaire de santé.

Répondez au questionnaire suivant en cochant OUI ou NON	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour</b>		
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.), survenue durant les 12 derniers mois ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la danse modern jazz.  
Pas de certificat médical à fournir.

Seule l'attestation sur l'honneur fournie est à remplir. En la signant, vous confirmez que vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**



## 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