



AY SAY
Bulletin d'inscription

Saison 2025-2026

NOM

Prénom

Adresse

Date de naissance / /

Téléphone

E mail

Choisir le créneau souhaité

- ☐ Lundi 19 h 15 à 20 h 30 Maison des aînés
(attention nombre de places limité à 9 pratiquants)
☐ Mercredi 19 h à 20 h 15 Salle polyvalente

Tarif annuel

- ☐ 1 cours hebdomadaire, 1 personne : 200 €

Tarifs réduits : couple ou personne sans emploi

- ☐ 1 cours hebdomadaire, 1 personne : 185 €



***Paiement par chèque à l'ordre de AY SAY.
Possibilité de payer en 2 chèques établis en début d'année et débités
en Septembre et Février.***

Fait à le / /

Signature

***Toute inscription est définitive.
Tout semestre entamé est dû.***

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 Avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive ou réinscription au JORF n°0105 du 4 Mai 2017.

Vous voudrez bien répondre aux questions suivantes par OUI ou par NON.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié / pratiquant.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
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 du médecin ?	☐	☐
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies ?)	☐	☐

A CE JOUR

	OUI	NON
Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) survenu dans 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 ?	☐	☐

- ☐ Vous avez répondu NON à toutes les questions : PAS DE CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR.
- ☐ Vous avez répondu OUI à une ou plusieurs réponses : CERTIFICAT MEDICAL A FOURNIR.

Date et signature

Formulaire d'autorisation de diffusion d'image

Je soussigné(e),

Autorise l'association « AY SAY » à me photographier et me filmer dans le cadre des différents évènements que l'association organise.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre d'« AY SAY » qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Date et signature