



Tennis Club de Lisses,
2 Rue Eugène Maintenant, 91090 Lisses
06 13 13 61 50
contact@tennisclublisses.fr www.tennisclublisses.fr
N° SIRET: 50048963800022

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2024 - 2025

Nom _____ Prénoms _____
Date de naissance ____ / ____ / ____ Email : _____
Adresse (voie, ville, CP) _____
Tél. adhérent : _____ Nom du responsable légal _____
Tél. (Père) : _____ Tél. (Mère) : _____ No. de badge: _____

ADULTES :

<input type="checkbox"/> Cotisation + licence	180 €
<input type="checkbox"/> Étudiant + licence	150 €
<input type="checkbox"/> Cotisation d'été (juin, juillet, août)	90 €
<input type="checkbox"/> Cotisation + licence + Cours : 1h30/semaine	525 €
<input type="checkbox"/> Cotisation + licence + Cours : 3h / semaine	745 €

ENFANTS :

<input type="checkbox"/> Blanc / Violet : 1h / semaine	180 €
<input type="checkbox"/> Blanc / Violet : 2h / semaine	260 €
<input type="checkbox"/> Rouge / Orange : 1h30 / semaine	360 €
<input type="checkbox"/> Rouge / Orange : 3h / semaine	450 €
<input type="checkbox"/> Ado de 12 ans à 17 ans : 1h30 / semaine	415 €
<input type="checkbox"/> Ado de 12 ans à 17 ans : 3h / semaine	525 €

- 25% Sur les cours collectifs des **femmes**.

- 20€ Pour les **lissois**.

- 20% Sur les cours collectifs des **enfants** et **messieurs** inscrits **avant le 31 août 2024**.

PROMO RETRAITÉES :

Cotisation retraitée : 1h30 / semaine 425 € Cotisation retraitée : 3h / semaine 545 €

AUTRES :

Tournoi Interne 15 € Badge d'accès 10 €

REGLEMENT INTERIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (joint) du Tennis Club de Lisses et m'engage à le respecter et/ou à le faire respecter à mon enfant.

Je soussigné(e) _____

agissant en qualité de : PÈRE MERE TUTEUR

de l'enfant : _____

né(e) le : / /

demande son inscription à l'École de Tennis de Lisses pour la saison 2024 - 2025.

L'enfant quitte seul les cours.

DROIT À L'IMAGE

J'ai bien noté que les photographies ou films peuvent être réalisés à l'occasion des entraînements, des compétitions ou des diverses manifestations organisées par le club pour être utilisés à des fins pédagogiques ou pour illustrer différents supports de communication.

EN CAS D'ACCIDENT / D'URGENCE

Personne à prévenir : _____

Personne à prévenir : _____

N° de téléphone : _____

N° de téléphone : _____

Autorisation de soins d'urgence J'accepte de jouer en équipe si nécessité pour le club

Certificat médical Questionnaire de santé QS-SPORT Date : _____



Les représentants de l'École de Tennis (chargés d'enseignement, moniteurs, éducateurs) peuvent être amenés à faire soigner l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin (transport à l'hôpital ou en clinique si nécessaire).

Les parents doivent accompagner leurs enfants mineurs jusqu'au terrain s'assurant de la présence de l'enseignant pour le début du cours, et récupérer ce dernier dans le club house à la fin du cours. En cas d'impossibilité, ils autorisent leur(s) enfant(s) à quitter seul(s) le cours de tennis à son terme.

REDUCTIONS:

* Licence FFT offerte pour les nouveaux adhérents

* Parrainage - un tube de balle offerte au parrain

* Réduction de 5% sur les cours pour les familles avec 3 personnes licenciées

* Réduction de 10% sur les cours pour les familles avec 4 personnes licenciées

* Coup de Pouce - réduction proposée par la mairie (moins de 17 ans)

* Réduction de 5% sur les cours pour le Paiement comptant

* Réduction de 50% de la cotisation pour la 1ère inscription de l'accompagnateur (parent)

Fait à Lisses le ____ / ____ / ____

Signature du responsable légal : _____



Tennis Club de Lisses,
2 Rue Eugène Maintenant, 91090 Lisses
06 13 13 61 50
contact@tennisclublisses.fr www.tennisclublisses.fr
N° SIRET: 50048963800022

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ADHÉRENT MINEUR - 2024 - 2025

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans

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 : 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.

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué(e) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI

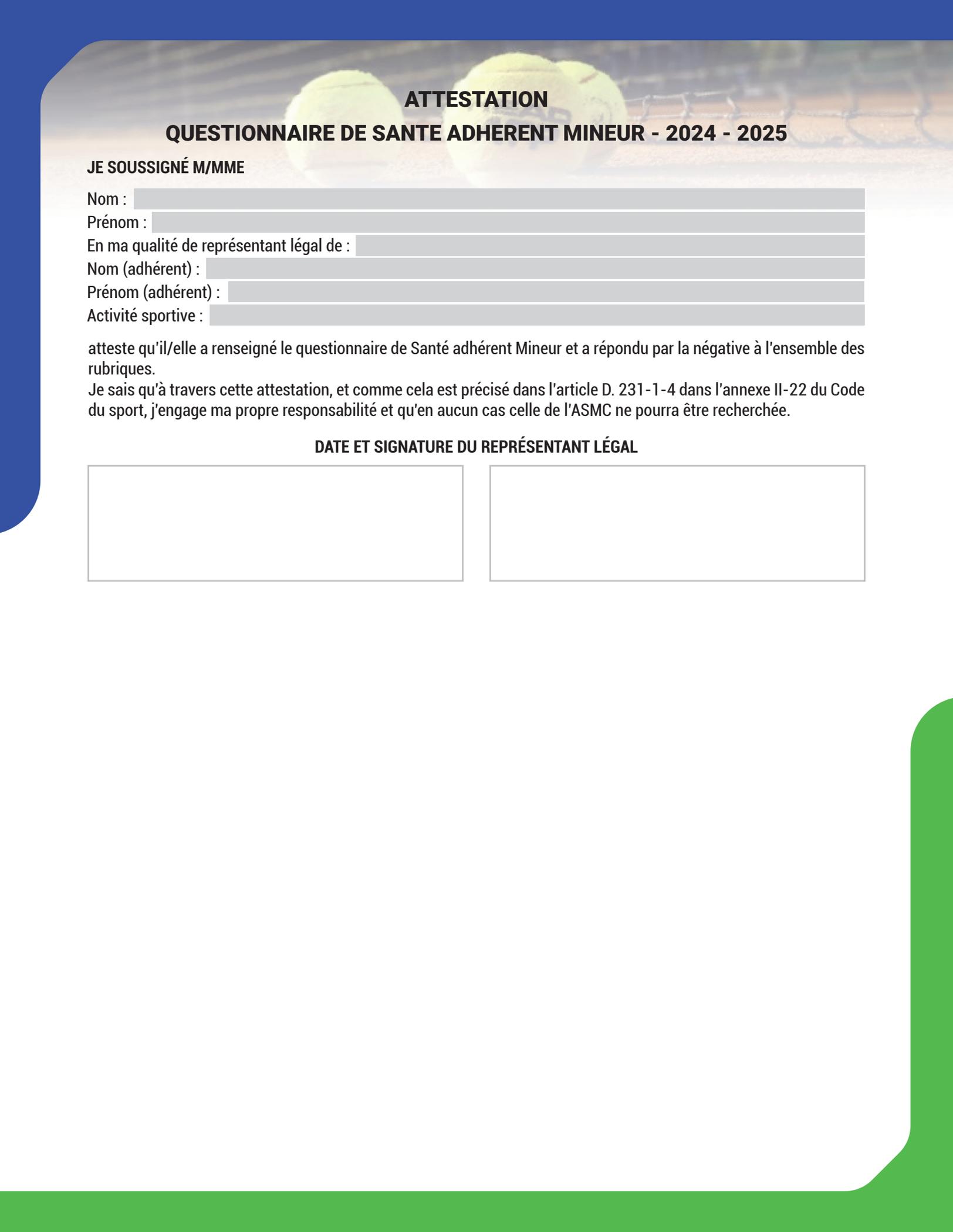
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <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.)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE VOTRE SEULE RESPONSABILITÉ.

- Si vous et votre enfant avez répondu NON à toutes les questions : **Pas de certificat médical à produire. Vous attestez à ce jour en remplissant le coupon ci-dessous, que votre enfant ne rencontre pas de contre-indication à la pratique d'une activité sportive.**
- Si vous et votre enfant avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : **Certificat médical obligatoire à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.**



ATTESTATION

QUESTIONNAIRE DE SANTE ADHERENT MINEUR - 2024 - 2025

JE SOUSSIGNÉ M/MME

Nom :

Prénom :

En ma qualité de représentant légal de :

Nom (adhérent) :

Prénom (adhérent) :

Activité sportive :

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de Santé adhérent Mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D. 231-1-4 dans l'annexe II-22 du Code du sport, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ASMC ne pourra être recherchée.

DATE ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL



Tennis Club de Lisses,
2 Rue Eugène Maintenant, 91090 Lisses
06 13 13 61 50
contact@tennisclublisses.fr | www.tennisclublisses.fr
N° SIRET: 50048963800022

QUESTIONNAIRE DE SANTE ADHERENT MAJEUR - 2024 - 2025

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicée ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
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 ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

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 ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE VOTRE SEULE RESPONSABILITÉ.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : pas de certificat médical à fournir.

Vous attestez à ce jour en remplissant le coupon ci-dessous, que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de votre activité sportive.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical obligatoire à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION

Nom (adhérent) : Prénom :

Activité sportive :

Je soussigné(e) : (Nom de l'adhérent)

déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à la date de l'inscription pour la saison 2024 - 2025 et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans l'article D. 231-1-4 dans l'annexe II-22 du Code du sport, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ASMC ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : __/__/____

Nom du médecin : _____

Date et signature de l'adhérent