



Formulaire d'inscription 2025-2026

"Majeurs/es"

Gaucher

Droitier

Cadre réservé au Cercle d'Escrime de Lavaur			
N° de Licence :			
Première inscription		Renouvellement	
LAVAU		GRAULHET	
Cotisation		Location tenue	
Caution		Certificat médical	
Autorisations		Questionnaire de santé	
Retour tenue		Caution rendue	

LOCATION	
Dénomination	Référence
Cuirasse	
Sous-cuirasse	
Pantalon	
Masque	
Bustier	

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Né(e) le : A (ville, département, pays).....

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Mail :

Téléphone :

Profession :

J'accepte de recevoir les mails et messages WhatsApp du Cercle d'Escrime de Lavaur : OUI NON

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Téléphone : Portable :

Certificat médical :

(à renouveler si plus de 3 ans ou si au moins une réponse "non" au questionnaire page suivante)

Délivré par : Le :

Documents à fournir lors de votre inscription :

- Dossier d'inscription complété
- Le règlement (cotisations, licence et location)
- Un chèque de caution de 250€ (qui ne sera pas encaissé)

Pour les nouveaux adhérents : un certificat médical sur lequel apparait la mention "apte à la pratique de l'escrime en compétition"

Pour les renouvellements : le questionnaire de santé complété si votre certificat médical à moins de 3 ans ou un nouveau certificat médical si il a plus de 3 ans.

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A 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 durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : 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.

Je soussigné atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS SPORT Cerfa n°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif

Informations diverses :

Les tireurs pourront être pris en photo et/ou filmés lors des différentes compétitions, entraînements, ou manifestations organisés par le Cercle d'Escrime de Lavaré ainsi que par d'autres clubs d'escrime du territoire.

Le CEL pourra utiliser ces photographies et/ou vidéos pour agrémenter son site internet, éditer une plaquette, communiquer dans la presse écrite ou sur sa page Facebook ou encore étudier les gestes techniques durant les séances.

AUTORISATIONS DIVERSES		
Autorise	N'autorise pas	
		Le Cercle d'Escrime de Lavaré à utiliser les documents photographiques et/ou vidéos sur lesquels je pourrais figurer, et ce uniquement dans le cadre de l'activité de Cercle d'Escrime de Lavaré.
		Les responsables de l'association à donner en mon nom l'autorisation d'une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin urgent.
		La communication de mon identité sur le site internet de la FFE.
		La communication de mon adresse mail aux partenaires de la FFE.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du CEL, de la Charte de l'Escrimeur, du contrat Républicain, du règlement de la FFE et de la Charte éthique et déontologie de la FFE qui sont affichés dans la salle d'Armes et disponibles sur le site internet du club et accepte de les respecter et m'y conformer.

Je déclare exactes toutes les données que j'ai transmises sur ce document.

Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé"

TARIFS							
Année de naissance	Catégorie	Licence	Cotisation club	Gant	Location tenue	Cours compétition	Total
De 2005 à 2008	M20	78	163	30	60	70	
Avant 2005	Sénior/ Vétéran	78	163	30	60	70	
Avant 2009	Thérapeutique	15	100	30	60		

MODALITES DE PAIEMENT								
Chèque			Espèces		ANCV	MSA	Pass'sport CAF	Ch. Collégien
sept.	oct.	nov.	dec.	janv.				
fev.	mars	avril	mai	juin				