



BULLETIN D'INSCRIPTION 2026/2027

ZUMBA KIDS - ADOS

À REMETTRE À UN MEMBRE DU BUREAU



- 2 photos d'identité
- Le règlement (espèces / chèque / chèques vacances / coupons sport)
- Le questionnaire relatif à l'état de santé de l'enfant (si une des réponses est oui, il faut fournir un certificat médical)

AUCUN DOSSIER INCOMPLET NE SERA ACCEPTÉ

1/ COURS : ZUMBA KIDS / ADOS (limité à 1h par semaine)

- | | | |
|------------------------------------|----------------------|------------------|
| ☐ 4-6 ans | Mardi 17h30-18h30 | Savigny sur Orge |
| ☐ 7-10 ans | Lundi 17h30-18h30 | Savigny sur Orge |
| ☐ 7-10 ans | Mercredi 17h30-18h30 | Chilly Mazarin |
| ☐ 10-14 ans | Mardi 18h30-19h30 | Savigny sur Orge |

PHOTO

2/ POUR EN SAVOIR PLUS...

☐ Nouvel adhérent

☐ Déjà adhérent en 2025-2026

NOM : Prénom :

Date de Naissance :

NOM et Prénom du (ou des) Responsables Légal(aux) :

Adresse : Code postal : Ville :

Email :

Tél. : / Autre n° important :

3/ FORMULE (les tarifs incluent l'adhésion annuelle à l'association de 10€)

☐ ZUMBA Kids - Ados 159€ (149 € +10 €) limité à 1h/semaine

4/ RÈGLEMENT

☒ Chèque Nom sur le chèque (si différent de l'adhérent) :

Possibilité de paiement en 3 fois (à donner à l'inscription)

Chèque n°1 : €

Chèque n°2 : €

Chèque n°3 : €

- | | |
|---|------------------|
| ☐ Espèces | Montant :€ |
| ☐ Chèques vacances | Montant :€ |
| ☐ Coupons sports | Montant :€ |



- ☐ **J'autorise**
☐ **Je n'autorise pas**

Mon enfant à repartir seul(e) à la fin de son cours Zumba Kids/Ados.

- ☐ **J'autorise**
☐ **Je n'autorise pas**

L'association MOVE & GO Fitness à m'envoyer des informations concernant les actualités et la vie de l'association. Votre email ne sera pas divulgué à des tiers.

- ☐ **Je décharge l'association MOVE & GO Fitness de toute responsabilité lors des cours de fitness.**

Je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit, auprès de l'association et de leurs membres du bureau, en particulier concernant les cas d'accident, blessure, vol, dégâts sur les biens personnels ou autres se produisant dans le cadre de la participation aux cours. Dans ce cas, j'accepte d'assumer toute obligation financière soit par mon assurance maladie soit par tout autre moyen de coût médical engagé. Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement, et pour mon(mes) enfant(s), une assurance maladie/accident et responsabilité civile. Je me porte également garant(e) financière en cas de dégradation volontaire que je pourrais occasionner, ou que mon enfant pourrait occasionner durant les cours. J'autorise les encadrant(e)s à prendre toutes les mesures qui s'avèreraient nécessaires en cas d'accident survenant sur ma personne, et sur mon(mes) enfant(s), pendant les cours.

- ☐ **J'autorise**
☐ **Je n'autorise pas**

à titre gracieux MOVE & GO Fitness à me prendre en photo/ vidéo, à prendre en photo/vidéo mon enfant et à utiliser mon image. Les photographies en tant que telles ou extraites des vidéos ainsi que les films (y compris les enregistrements sonores) seront pris durant les cours. Il est entendu que les photographies et films pourront être éventuellement recadrés et montés d'une façon différente de la prise de vue initiale. Les bénéficiaires de la présente autorisation s'interdisent de procéder à une exploitation des photographies et des films qui puissent porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne photographiée et filmée dans tout contexte préjudiciable. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, j'autorise l'association MOVE & GO Fitness à fixer, reproduire, et communiquer au public les photographies et les vidéos objets de la présente autorisation pour les utilisations suivantes : vidéo et réseaux numériques (Internet). L'autorisation est valable pour la durée légale de la protection littéraire et artistique et pour autant de publications qu'il sera nécessaire à leur exploitation ou à l'exploitation de l'œuvre audiovisuelle dans laquelle les photographies et les vidéos pourront être incorporées. L'autorisation perdurera en cas de changement de mon état civil actuel.

L'association décharge toute responsabilité des visuels que vous diffuserez de votre propre chef.

- ☐ **J'atteste l'exactitude des informations écrites ainsi que l'authenticité des documents fournis.**
Si ce n'est pas le cas, l'association se dégage de toute responsabilité.

- ☐ **J'ai pris connaissance et j'accepte le règlement intérieur de l'association MOVE & GO Fitness**

Le..... A.....

Signature :

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

« QS-SPORT »

Tu es sur le point de t'inscrire pour pratiquer une ou plusieurs activités sportives au sein de **Move & Go Fitness**. Pour compléter ton inscription, il t'est demandé de répondre au questionnaire ci-dessous qui te permettra de savoir si tu dois joindre ou non un certificat médical à ton dossier d'inscription.

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.

Pratiquer 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 :	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital 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 sans te souvenirs de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup plus 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 mal dans la poitrine ou des palpitations (cœur le bat qui très vite) ?		
As-tu commencé 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 ?		

Depuis un certain temps (+ de 2 semaines) :	OUI	NON
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 ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faites cette année ?		

Aujourd'hui :	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de pratiquer 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 ?		

Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? 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 ? (Examen à 2ans, 3ans, 4ans, 5ans, entre 8 et 9ans, entre 11 et 13ans et entre 15 et 16ans)		

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.

Si tu as répondu **NON** à toutes les questions, alors il n'y a pas de certificat médical à fournir. Tes parents devront attester, sur ton bulletin d'inscription, que tu as bien répondu NON à toutes les questions de ce questionnaire.

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

« QS-SPORT »

ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

Je, soussigné Mme / M (Nom et Prénom), représentant légal de (Nom et Prénom du mineur).....

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire Relatif à l'état de santé du Sportif Mineur et a répondu NON à toutes les questions du formulaire.

Pour faire valoir ce que de droit.

A

Signature du représentant légal :

Le...../...../.....

