



FOYER RURAL DE BOUXIÈRES AUX DAMES
FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ACTIVITE HEBDOMADAIRE 2025/2026

NOM, Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____ Tél : _____
Courriel : _____ @ _____

Activité souhaitée	Jour & horaire	Coût activité	Adhésion
Total coût activité + adhésion			

Adhésion Foyer Rural (valable jusqu'au 31 août 2026) : 22 € (+ 16 ans) 15 € (- 16 ans et + 70 ans)
Famille 50 €

Si vous êtes adhérent dans un autre Foyer Rural, merci de préciser quel Foyer : _____
N° adhérent : _____

Pendant les activités, j'autorise le personnel de l'association à me photographier, à enregistrer ma voix et/ou me filmer pour la création de souvenirs et d'archives : oui non

J'autorise l'association à utiliser ces supports pour sa promotion et son information (presse et journaux locaux, nouveau média, affiches...) : oui non

J'accepte de recevoir par mail les actualités (lettres d'informations, évènements) du Foyer Rural : oui non

J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de l'activité : (pour les enfants mineurs) oui non

Je souhaite être bénévole occasionnellement du Foyer Rural et être contacté : oui non

Fait à _____, le : ____/____/____

Signature :

Réservé au Foyer Rural : mode de paiement

_____ € en espèces
_____ € en chèque vacances _____ € en carte bancaire
_____ € en pass loisirs CAF _____ € en coupon sport ANCV
_____ € en chèque bancaire 1X 2X (mois consécutifs) 3X (mois consécutifs)
(à l'ordre du « Foyer Rural de Bouxières aux Dames »)

Saisie Gestanet

Questionnaire de santé + 18 ans

NOM & Prénom : _____

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé parlez-en à votre médecin.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Nous vous recommandons fortement d'aller consulter votre médecin et de lui montrer vos réponses au questionnaire avant de commencer votre saison sportive.

Le ____/____/____ à _____

Signature :