



# FICHE D'ADHÉSION

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... F  M   
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Courriel (bien lisible) : .....

## ENGAGEMENT ASSOCIATIF

**ENGAGEMENT** : Je soussigné(e) ..... m'engage à ne pas demander, sauf en cas de force majeure, le remboursement total ou partiel du montant de la cotisation annuelle aux activités souscrites. L'adhésion reste due. Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur, et des conditions particulières relatives aux tarifs (dans tous les cas, un trimestre commencé reste dû dans son intégralité, le remboursement partiel ne peut se faire qu'en début de trimestre suivant la date de réception de la demande accompagnée des justificatifs nécessaires, et des frais administratifs sont appliqués, donc le remboursement ne peut jamais être proportionnel au tarif de base et au nombre de séances effectuées)

**DROIT D'IMAGE** : par mon adhésion, j'autorise l'ALLP à diffuser dans le cadre non restrictif de la promotion des activités de l'association et par tous les médias d'information disponibles, mon image ou l'image de mon enfant. En cas de refus, j'adresse un courrier à la présidence de l'association en même temps que ma fiche d'adhésion.

**INFORMATIONS ASSOCIATION** : par mon adhésion, j'autorise l'ALLP à me transmettre des informations sur les activités de l'association. En cas de refus, j'adresse un courrier à la présidence de l'association en même temps que ma fiche d'adhésion.

À Larmor-Plage le : .....

Signature de l'adhérent  
ou du responsable légal :

## MON ADHÉSION ALLP

2023/2024	2024/2025	2025/2026
<input type="checkbox"/> <b>22€ Adulte - 15€ Enfant</b> (-18 ans au 31/12) Non remboursable	<input type="checkbox"/> ..... <b>€ Adulte</b> - ..... <b>€ Enfant</b> (-18 ans au 31/12) Non remboursable	<input type="checkbox"/> ..... <b>€ Adulte</b> - ..... <b>€ Enfant</b> (-18 ans au 31/12) Non remboursable
<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Chèque encaissé 15/09 et le 15/10	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Chèque encaissé 15/09 et le 15/10	<input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> Chèque encaissé 15/09 et le 15/10

## ACTIVITÉ(S)

2023/2024	2024/2025	2025/2026
Activité <b>1</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....	Activité <b>1</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....	Activité <b>1</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....
Activité <b>2</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....	Activité <b>2</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....	Activité <b>2</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....
Activité <b>3</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....	Activité <b>3</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....	Activité <b>3</b> : ..... Jour : ..... Horaire : .....

## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.



# FICHE D'INSCRIPTION PAR ACTIVITÉ 2023/2024

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Courriel (bien lisible) : .....

## MON ADHÉSION ALLP

**22€ Adulte - 15€ Enfant**  
(-18 ans au 31/12)  
Non remboursable

Régulée le ..... / ..... / 202.....

## ACTIVITÉ

Nom de l'activité : .....

N° de licence : .....

Jour 1 : ..... Horaire : .....

Jour 2 : ..... Horaire : .....

Tarif : ..... €

Chèque : ..... € encaissé entre le 15/10 et le 15/11

Espèces : ..... €

CB : ..... €

ANCV : ..... €

Bon CAF : ..... €

Pass'Sport : ..... €

Possibilité de régler en  
**1 ou 2 fois**, dans ce  
cas le 2ème versement  
se fait obligatoirement  
par chèque déposé  
à l'inscription et  
encaissé en janvier.

**2e versement par chèque** de ..... €  
(n° .....) encaissé le 15/01

## ACTIVITÉS SPORTIVES

• **Pour les majeurs uniquement**, un certificat médical est exigé pour la 1ère année de pratique, puis l'attestation ci-dessous au questionnaire de santé suffit pour les 2 années suivantes. Au terme des 3 ans, un nouveau certificat médical est à fournir.

**Date du certificat médical** : ..... / ..... / 202.....

• **Pour les mineurs**, l'attestation au questionnaire de santé suffit, sauf si une réponse positive à celui-ci entraîne l'obligation d'un certificat médical de non contre-indication.

## ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Je soussigné(e) **NOM** : ..... **Prénom** : ..... atteste avoir renseigné le Questionnaire de santé **QS-SPORT Cerfa n°15699\*01** et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions, **pour moi-même ou le mineur ci-après désigné et dont je suis le représentant légal** :

**NOM du mineur** : ..... **Prénom du mineur** : .....

À Larmor-Plage le : .....

**Signature de l'adhérent  
ou du responsable légal** :

## COMMENT S'INSCRIRE ?

\*Maison des Associations, 19 rue Beg Tal Men, 56260 Larmor-Plage

1

**Fiches d'adhésion et d'inscription**  
Téléchargez, remplissez et imprimez les fiches d'adhésion et d'inscription.

2

**Déposez les fiches d'adhésion et d'inscription**  
Déposez vos fiches accompagnées du règlement auprès de l'ALLP lors du forum de rentrée ou au siège du secrétariat\* ou directement auprès des animateurs avec le règlement correspondant à l'activité choisie.

3

**Validation par l'ALLP**  
Une fois le dossier complet, votre demande d'adhésion sera validée par le secrétariat (sous réserve des places disponibles dans les activités choisies).

4

**Participer**  
Vous êtes désormais inscrit, c'est parti pour une année avec nous !