



**SAISON 2021 - 2022**

**FUTSAL CLUB ELITE DE SANNOIS**  
**DOSSIER D'INSCRIPTION**



## L'ADHERENT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

Photo

## CORRESPONDANCE

Adulte responsable : Père    Mère    Tuteur (entourer la mention utile)

Nom / Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tel. Fixe : ..... Tel. Mobile : .....

Email : .....

Renseignements : [elitedesannois@gmail.com](mailto:elitedesannois@gmail.com)

## PIÈCES À FOURNIR / DROIT À L'IMAGE

Toute inscription autorise l'organisateur à utiliser des images, photos et vidéos de mon enfant à des fins pédagogiques, publicitaires ou informatives susceptibles d'être utilisées dans des brochures ultérieures ou sur les réseaux internet du **Futsal Sannois**.

- Toute inscription devra être réglée dans sa totalité avant la première séance de la rentrée. À défaut, l'inscription sera considérée comme annulée.

- Le prix de la cotisation comprend : les activités, le matériel sportif, l'encadrement ainsi que l'équipement officiel du **Futsal Club Elite de Sannois - Nike**.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA PAS ETRE PRIS EN COMPTE**

**Remplir soigneusement la fiche d'inscription, la signer et joindre les pièces suivantes :**

- Une **photo d'identité récente** (Nom, Prénom et année de naissance au dos)

- Un **certificat médical** autorisant la pratique du Futsal de **moins de 3 mois**

- Le **règlement de la cotisation annuelle de 150 €** ainsi que les options boutique choisies (espèces ou chèque à l'ordre du FCEDS)

- la Photocopie d'une **pièce d'identité** ou du **livret de famille**

## A REMPLIR PAR L'ADULTE RESPONSABLE

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame .....

- Autorise mon enfant à participer à l'école de Futsal dont les prestations sont précisées ci-dessus
- M'engage à fournir un certificat médical d'aptitudes à la pratique du Futsal datant de moins de 3 mois
- Déclare avoir pris connaissance du prix de l'inscription et m'engage à verser la somme convenue
- A la fin de séance, à défaut de venir personnellement chercher mon enfant, j'autorise :

Monsieur ou Madame ..... à venir chercher mon enfant

Mon enfant mineur à rentrer chez lui par ses propres moyens.

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

### TAILLE DES EQUIPEMENTS

- 4/6 ANS (XS enfant) 122 à 128 cm
- 7/8 ANS (S enfant) 128 à 137 cm
- 9/10 ANS (M enfant) 137 à 147 cm
- 11/12 ANS (L enfant) 147 à 158 cm
- 13/14 ANS (XL enfant) 158 à 170 cm
- 15/16 ANS (S adulte) 170 à 174 cm
- ADULTE : ..... (préciser la taille)

## EQUIPEZ VOTRE ENFANT\*

### Ensemble Maillots Shorts Chaussettes

Ensemble jaune



Ensemble Noir



1 Offert

Quantité

.....

### Survêtement

Ensemble Bleu/jaune



Ensemble Jaune/Noir



50 €

.....

Sac à Dos



25€

.....

Montant total : 150€ + ..... = .....

\*Le club effectue votre commande dès la réception du dossier,

Modes de paiement :

Espèces : montant total en 1x

Chèque : possibilité de régler en 3x maximum à l'ordre du "FCEDS"





## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » - LICENCIÉ MAJEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

**SI VOUS AVEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN SAISON 2019/2020 OU 2020/2021,**  
répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1   Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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>À CE JOUR :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</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.) survenue 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"/>

**NB :** les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

#### **Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

#### **Certificat médical à fournir.**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.