

Bulletin d'adhésion 2025-2026

Une fiche d'adhésion par membre. A remplir par l'adhérent (exemplaire conservé par l'association)

Nom

Prénom

Date de naissance

/ /

Lieu naissance

Adresse postale

Téléphone

Inscription au groupe WhatsApp vous permettant de suivre nos informations sur les cours

Adresse mail (en majuscule)

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre de l'association : **SAN ZHANG**

À ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association et en avoir accepté les statuts qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association. J'ai pris bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association et j'accepte de verser ma cotisation due pour l'année en cours selon la grille tarifaire 2025/2026 suivante :

| N° Choix Adhésion | Participant / an | Présence | San Zhang Cotisation/ personne | FFAEMC Licence 2024-2025 | Total Cotisation annuelle par personne |
|-------------------|------------------|---------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| ADH 1 | 1 personne | 2 à 3 x par semaine | 130,00 | 35,00 | 165,00 |
| ADH 2 | Famille | | 120,00 | 35,00 | 155,00 |
| ADH 3 | 1 personne | 1 cours par semaine | 115,00 | 35,00 | 150,00 |
| ADH 4 | Famille | | 110,00 | 35,00 | 145,00 |

Paiement fractionné possible maximum 3 chèques : 1^{er} à l'inscription, 2^e janvier, 3^e avril

Si j'entre dans l'une des catégories décrites ci-dessus, je prends en compte l'aménagement de ma cotisation verse que la somme de

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|---|
| TARIF ADH1 <input type="checkbox"/> 165 € - ADH2 <input type="checkbox"/> 155 € - ADH3 <input type="checkbox"/> 150 € - ADH4 <input type="checkbox"/> 145 € | | | | | |
| 1 seul paiement | <input type="checkbox"/> chèque N° | <input type="checkbox"/> Espèces | <input type="checkbox"/> Virement | Soit montant annuel de | € |
| REFERENCE VIREMENT | IBAN : FR76 1027 8026 2800 0204 8810 165 | | BIC : CMCIFR2A | | |
| | Titulaire du compte : SAN ZHANG 7 PLACE OU MARCHE 02310 NOGENT L ARTAUD | | | | |

| Paiement 3X | | | | | |
|-----------------|--------|---------------|---------|--|---|
| À l'inscription | chq n° | Date de dépôt | montant | | € |
| Janvier 2025 | chq n° | Date de dépôt | montant | | € |
| Avril 2025 | chq n° | Date de dépôt | montant | | € |

Aucune inscription ne pourra être remboursée en cas d'absence ou abandon

J'atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions dans le questionnaire au verso lors de ma demande d'adhésion.

Fait à Nogent l'Artaud, le

Signature

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »



QUESTIONNAIRE DE SANTE PREALABLE A LA DEMANDE D'ADHESION

Bien que non obligatoire avant de 70 ans, ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour obtenir votre carte d'adhérent et assurer votre couverture sportive.

Répondez aux questions suivantes par **NON** ou par **OUI**

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

NON **OUI**

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Un membre de votre famille est décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, de 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 à ce jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 dans les douze 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 REPONDU « NON » A TOUTES LES QUESTIONS

Pas de certificat médical à fournir

Simplement attestez selon les modalités prévues par l'association avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande d'adhésion

SI VOUS AVEZ REPONDU « OUI » A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS

Certificat médical à fournir

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné

