



# FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2026-2027

☐ INSCRIPTION / ☐ RÉINSCRIPTION

## REEMPLIR LA FICHE EN MAJUSCULES

Photo de  
l'adhérent

### ADHÉRENT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SEXE : ☐ F ☐ M

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MAIL (**MAJUSCULES**) : \_\_\_\_\_

### CLUB

GROUPE : \_\_\_\_\_

HORAIRES : \_\_\_\_\_

ENTRAÎNEURS : \_\_\_\_\_

BULLETIN ADHÉSION ☐

COTISATION ☐

CERTIFICAT MÉDICAL ☐

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ☐

PHOTO ☐

DROIT À L'IMAGE ☐

FICHE D'URGENCE (MINEUR) ☐

ATTESTATION CAF (SI BESOIN) ☐

MAIL PASS'SPORT (SI BESOIN) ☐

### PARENTS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX : (à prévenir en cas d'urgence)

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_

### TARIFS LOISIRS :

BABY GYM (2023-2025) ☐ 180€

EVEILS (2022) ☐ 185€

ÉCOLE DE GYM (2018-2021) ☐ 195€

ÉCOLE DE TEAMGYM (2012-2020) ☐ 195€

LOISIRS ADOS (2012-2017) ☐ 205€

LOISIRS ADULTES (2011 ET AVANT) ☐ 215€

PARKOUR (**TARIF SELON GROUPE**) ☐ —

### TARIFS COMPÉTITION :

☐ GAF NB D'HEURES TARIF :

☐ TEAMGYM \_\_\_\_\_

☐ **LOCATION JUSTAUCORPS CLUB (EQUIPE) 28€**

### RÉDUCTIONS :

☐ RÉDUCTION FAMILLE 2 ÈME ENFANT (20€)

☐ RÉDUCTION FAMILLE 3 ÈME ENFANT (30€)

☐ RÉDUCTION BÉNÉVOLE (JUGE, ENTRAÎNEUR EN 25/26) (20€)

☐ RÉDUCTION ÉTUDIANTE (30€)

(VOIR TARIFS SAISON 2026-2027)

### RÈGLEMENT :

TARIF ADHÉSION : \_\_\_\_\_

- RÉDUCTION FAMILLE : \_\_\_\_\_

- AUTRES REDUCTION CLUB : \_\_\_\_\_

- PASS'SPORT (CODE) : \_\_\_\_\_

- PARTENAIRES CLUBS : \_\_\_\_\_

+ **LOCATION JUSTO (COMPET EQUIPE) :** \_\_\_\_\_

= **MONTANT À PAYER :** \_\_\_\_\_

### MOYEN DE PAIEMENT :

CHÈQUES : \_\_\_\_\_ NOMBRE / MONTANT

ESPÈCES : \_\_\_\_\_

CARTE BANCAIRE/HELLO ASSO : \_\_\_\_\_

COUPONS SPORT ANCV : \_\_\_\_\_

CHÈQUES VACANCES : \_\_\_\_\_

Possibilité de payer en plusieurs fois pour les paiements par chèques **UNIQUEMENT** en 6 échéances maximum :

10/10/26 - 05/11/26 - 05/02/27 - 05/03/27 - 05/04/27 - 05/05/27

**AUCUNE COTISATION NE SERA REMBOURSÉE SANS LA PRÉSENCE D'UN CERTIFICAT MÉDICAL LONGUE DURÉE**

En m'inscrivant :

J'accepte que toute information soit transmise aux adresses email renseignées sur le présent document ou en cas d'urgence, par téléphone. Je m'engage donc à signaler tout changement ou dysfonctionnement d'adresse mail ou de numéro de téléphone.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et l'accepte.

Je m'engage à régler l'avance de frais d'un dispositif spécifique si je n'ai pas les pièces nécessaires (Pass sport, Partenaires Clubs...)

fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

**Signature** du gymnaste majeur ou de son représentant légal :

**INSCRIPTION ENREGISTRÉE PAR :** \_\_\_\_\_



## AUTORISATION PARENTALE FICHE D'URGENCE

Je soussigné/nous soussignés, .....

Agissant en qualité de représentant/s légal/aux de l'enfant mineur

Nom, Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de licence (13 chiffres) : **52049.077**. ....

- L'autorise/l'autorisons à participer, tout au long de la saison sportive , à toutes les activités organisées par le club de gymnastique Angers Gymnastique

En cas d'accident, les responsables du club Angers Gymnastique s'efforcent de prévenir la famille dans les plus brefs délais.

- J'accepte/nous acceptons que mon/notre enfant ..... soit hospitalisé/e en cas d'urgence et j'autorise/nous autorisons les responsables du club Angers Gymnastique à prendre toutes les dispositions nécessaires à cet effet.

Les responsables du club remettront le présent document au personnel de santé qui prendra en charge mon/notre enfant.

### Informations à caractère d'urgence

Si vous n'avez rien à signaler pour votre enfant merci d'indiquer « RAS »

Groupe sanguin : .....

Allergies : .....

Contre-indications médicamenteuses : .....

Problèmes médicaux à caractère d'urgence : .....

Traitements réguliers : .....

Directives médicales en cas d'urgence : .....

### Coordonnées des personnes à prévenir en cas d'accident

N° de téléphone du domicile des parents : .....

N° de téléphone du travail de la mère : ..... N° de mobile : .....

N° de téléphone du travail du père : ..... N° de mobile : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de prévenir les parents rapidement : .....

.....

Fait à ....., le .....

*Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »*

# Autorisation d'utilisation d'image pour mineur

## 2026-2027

Je soussigné/Nous soussignés : .....

Agissant en qualité de représentant/s légal/aux de l'enfant mineur :

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de licence (rempli par le club) : 52049.077. ....

---

### Première partie

**Autorise / autorisons** le club de gymnastique Angers Gymnastique à prendre des photographies de mon enfant mineur et à les utiliser pour l'enregistrement sur GestGym et l'application Photogym, outils de gestion des adhérents (**indispensable pour la licence**)

Fait à ..... le .....

**Signature** du/des représentant/s légal/aux de l'enfant mineur précédée de la mention manuscrite « **Bon pour accord d'utilisation de l'image** ».

---

### Seconde partie

Pour votre information, les autorisations pour les points 1 et 2 ci-dessous sont indispensables pour que l'enfant mineur puisse participer aux différentes manifestations proposées par le club (gala, challenge, fête du club, action photos) et la FFGym (compétitions et stages).

**En cas de refus, l'enfant mineur ne pourra participer qu'aux entraînements.**

**Autorise / autorisons** le club de gymnastique Angers Gymnastique, la Fédération Française de Gymnastique (FFGym) et ses structures déconcentrées (Comité départemental, Comité régional...) à :

- Prendre des photographies de mon enfant mineur et/ou le filmer dans le cadre des activités auxquelles il participe, organisées par le club de gymnastique, la FFGym ou ses structures déconcentrées ;
- Utiliser et diffuser l'image de mon enfant mineur sur les supports de communication suivants, réalisation de brochures, diffusion à la presse, sur leur site internet du club, leur réseaux sociaux (Facebook et Instagram), les supports de communication local, et tout support de communication connu ou inconnu à ce jour ;
- Le club de gymnastique Angers Gymnastique, la FFGym et ses structures déconcentrées à utiliser l'image de mon enfant mineur, à cet effet, sans contrepartie d'aucune sorte sur tout le territoire national et dans le monde entier pour une durée d'une saison sportive à compter de la signature de la présente autorisation.

Fait à ....., le .....

**Signature** du/des représentant/s légal/aux de l'enfant mineur précédée de la mention manuscrite « **Bon pour accord d'utilisation de l'image** »

## Questionnaire de santé

### Qui est concerné ?

Le licencié mineur qui demande à la FFG l'obtention ou le renouvellement de sa licence.

### Qui remplit le questionnaire ?

Il est préférable que le questionnaire ci-dessous soit complété par le licencié mineur s'il en est capable. Il est toutefois de la responsabilité des parents ou de la personne exerçant l'autorité parentale de s'assurer qu'il est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----|
| Faire 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. |                                                                    |     |
| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                     | Ton âge :<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans |     |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OUI                                                                | NON |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant 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 souvenir 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 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 eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                    |     |
| As-tu commencé à prendre 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 ?                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                    |     |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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 faite cette année ?                                                                                                                                                                                                                             |                                                                    |     |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | OUI                                                                | NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire 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 ?                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                    |     |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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 ?<br>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)                                                                                                         |                                                                    |     |

Attention :

- Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal du licencié mineur.
- Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :  
⇒ Attestation ci-après à fournir à votre club – Pas de certificat médical.
- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :  
⇒ Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention ou le renouvellement de licence.



Attestation  
(Pour les mineurs)

Je soussigné :

Nom : ..... Prénom : .....

Représentant légal de l'enfant : .....

Licence N° ..... Club : .....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence à la FFG pour la saison...../.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à ..... le .....

Signature



# Seuls les DOSSIERS COMPLETS sont acceptés !

***Dossier + document/justificatif  
+ paiement cotisation !!***

**Merci de venir avec vos justificatifs imprimés !**  
**(CAF, Pass Sport)**

**Nous ne pouvons pas les imprimer pour vous et dans ce cas, nous ne pouvons pas accepter votre dossier**

## CERTIFICAT MEDICAL :

- Pensez à remener votre certificat médical papier avant le premier entraînement !

## PASS SPORT :



**Dans le cas où vous êtes dans l'attente d'un dispositif (pass sport par exemple), merci de bien vouloir régler le montant TOTAL de la cotisation au moment de l'inscription ou bien nous laisser un chèque de caution. Une fois que vous aurez reçu votre aide, merci de nous la faire parvenir accompagnée de votre RIB afin que l'on procède au remboursement.**

## PARTENAIRES CLUBS:

- Le club dispose du formulaire Partenaires Clubs à remplir lors de l'inscription
- A vous d'apporter une impression papier de votre attestation de paiement de la CAF datant de moins de 3 mois



**Vos prestations Caf**  
**Attestation de paiement**

N° ALLOCATAIRE : 441

COORDONNÉES BÉNÉFICIAIRE (nom, prénom, adresse)

Le 03/06/2021

La directrice de la Caf de Loire-Atlantique certifie que :

**Nom, prénom et date de naissance du bénéficiaire**  
a perçu les prestations suivantes pour le mois d'avril 2021 :

| PRESTATIONS                                          | MONTANT          |
|------------------------------------------------------|------------------|
| Aide personnalisée au logement (Apl) 1               | 358,70 €         |
| Allocation de base - Page                            | 171,91 €         |
| Allocations de soutien familial                      | 116,11 €         |
| Allocations familiales avec conditions de ressources | 132,08 €         |
| Revenu de solidarité active majoré 2,3               | 714,69 €         |
| <b>Soit au total</b>                                 | <b>1493,49 €</b> |

1. Montant versé à : SA D'HLM AIGUILLON CONSTRUCTION  
2. Montant versé à : CONFLUENCE SOCIALE  
3. Éléments de calcul du Rsa :  
- Montant forfaitaire : 1208,73 €

**Quotient familial INFERIEUR à 706€**

**QUOTIENT FAMILIAL**  
avril 2021 : 499 €

Personnes à charge prises en compte pour le calcul des droits :

**Noms, prénoms et dates de naissance des enfants du bénéficiaire**

1. Personne à charge pour le calcul du RSA. 2. Personne à charge pour le calcul de la prime d'activité. 3. Personne à charge pour le calcul du RSA et de la prime d'activité

Emplacement réservé à la Caf  
WAT ATPAI F 030620211513 3700370006  
POLEL  
PAGE 1/2  
IDX B 1041101 V 441 -  
171508210411000000002

**Contact :**  
***inscriptions.angersgym@gmail.com***