



Photo  
Monsieur

Photo  
Madame  
Mademoiselle

# RÊVE DANSES

Vis la danse et danse ta vie

SAISON 2020 - 2021

Nom Mr ..... Prénom ..... Né le .....

Nom Mme ..... Prénom ..... Née le .....

Adresse : .....

Commune ..... Code postal .....

Tél ..... Mobile Mr ..... Mme .....

Mail Mr ..... Mail Mme .....

Nom de la (es) personne (s) parrainée (s) .....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association disponible sur le site internet : <https://revedances.com/> et dont un exemplaire me sera envoyé par mail.

**Signature Mr :**

**Signature Mme**

Choix des options	Par Adhérent	Montant
Une danse	230 €	
Deux danses	280 €	
3 danses et +	335 €	

=

- Salon 1  Rock 1  Salsa 1  Bachata 1  WCS 1
- Salon 2  Rock 2  Salsa 2  Bachata 2  WCS 2
- Salon 3  Rock 3  **Salsa 3\***  **Tango Argentin\***  **Kizomba\***
- (Svp, cochez les cases utiles) \*Sous réserve du nb de participants

	Paiement par chèques (3 max)	Montant :	
	Banque : .....		
	Chèque : n° .....	....€	
	Chèque : n° .....	....€	
	Chèque : n° .....	....€	

## 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 inexplicée ?	<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 attestez, 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.