

Dossier reçu le :

CADRE RÉSERVÉ AU SECRÉTARIAT							
Pièces administratives							
N° carte piscine	Certificat médical ou QS Sport	Assurance Escalade Falaise	Justificatif de domicile	Confirmation mail	Fichette planning	Logiciel Abelium	
Paiement							
	Paiement			Comité d'Entreprise			
	TR1	TR2	TR3	Oui	Docs ok		
<input type="radio"/> Réinscription sur le même groupe		<input type="radio"/> Réinscription changement de groupe		<input type="radio"/> Nouvelle inscription <small>(aucune nouvelle inscription ne sera prise avant le 18/08/25)</small>			
FICHE D'INSCRIPTION ANNUELLE ADULTE 2025/2026							
NOM et Prénom :				Sexe : <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin			
Né(e) le :		Adresse :					
Code Postal :			Ville :				
Tél. Portable :			Tél. Travail :		Tél. Autre :		
Mail (Obligatoire - pensez à nous ajouter dans vos contacts) :							
Personne à prévenir en cas d'urgence :					Qualité :		
Tél. Portable :			Tél. Travail :		Tél. Autre :		
Mail (pensez à nous ajouter dans vos contacts) :							
Allergies :			Informations particulières :				
ACTIVITE		JOUR	HORAIRE	NIVEAU	PRIX		
					Total activités €	
Transport A/R Club Escalade : <input type="radio"/> Rousset <input type="radio"/> Trets							
Majoration des tarifs pour les inscrits résidant hors communes du Syndicat Intercommunal de 50%. <input type="radio"/> Non concerné <input type="radio"/> Oui €							
Communes adhérentes : Bearecueil, Châteauneuf/Rouge, Fuveau, Peynier, Pourcieux, Pourrières, Puyloubier, Rousset, St Antonin/Bayon, Trets							
Participations :							
Participation Comité d'Entreprise :				 €		
Participation Autre :				 €		
					Montant total à régler €	
<p style="color: red; text-align: center;">À partir de janvier 2026, un portail famille va être mis en place. Vous devrez remplir vos coordonnées famille sur le portail. Celui-ci vous permettra d'effectuer vos règlements en ligne (via payfip) pour le 2eme et 3eme trimestre. Ce portail famille servira également pour toutes vos inscriptions aux stages. Plus de fiches papier à compléter !</p>							
Paiement au trimestre UNIQUEMENT <small>(Plus de prélèvement possible ni de paiement annuel)</small>	Trimestre 1					Trimestre 2	Trimestre 3
	<input type="radio"/> Chèque	<input type="radio"/> Espèces	<input type="radio"/> Carte bancaire	<input type="radio"/> ANCV	<input type="radio"/> Autre	Payfip (en ligne) dès réception de la facture via le portail famille	Payfip (en ligne) dès réception de la facture via le portail famille
<i>Déductions CE = Sur le Trimestre 1</i>							
Je soussigné(e) : Mr ou Mme							
<input type="radio"/> Je déclare avoir pris connaissance et posséder un exemplaire des conditions générales et les accepte pleinement notamment concernant les conditions d'annulation.							
<input type="radio"/> Malgré un paiement au trimestre, je m'engage pour l'année sportive (paiement des 3 trimestres obligatoire),							
DATE :				SIGNATURE (obligatoire) : <small>(ou nom/Prénom)</small>			
<small>Les habitants des communes du Syndicat Intercommunal doivent fournir un justificatif de domicile de moins de 3 mois pour une première inscription ou en cas de changement d'adresse.</small>							

CONDITIONS GÉNÉRALES ANNUELLES ADULTES



Syndicat Intercommunal du Haut de l' Arc
Service Sports, Loisirs & Nature
6, rue des Minimés - 13530 TRETTS

INSCRIPTION

- Toute fiche d' inscription non datée et non signée ne sera pas acceptée.
- Aucune inscription ne sera prise en compte en cas de dossier incomplet.
- Toute personne ne pourra commencer son activité qu'après inscription et règlement au secrétariat.

AUTORISATION / RESPONSABILITÉ

- Tout inscrit accepte l'utilisation publicitaire par le Syndicat des photos et vidéos prises durant les activités et renonce au droit à l'image sur l'ensemble des supports de communication (programme vacances, Internet...) Les personnes s'y opposant peuvent le signaler au bureau par écrit.
- Les personnes inscrites doivent préciser qu'elles ne font l'objet d'aucune contre-indication médicale relative à la pratique d'activités sportives et qu'elles sont à jour des vaccinations réglementaires.

ACCIDENT

- Pour tout accident survenu lors de l'activité organisée par le SIHA, la personne autorise l'éducateur en charge du groupe à prendre toutes les mesures d'urgence qui lui paraissent nécessaires.
- Le SIHA n'est assuré qu'en responsabilité civile et agit en complément, déduction faite des prises en charge de la Sécurité Sociale (organisme obligatoire) et des mutuelles, uniquement dans le cas où notre responsabilité civile serait engagée.

- Nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance individuelle accident.

(Attention, vérifier que l'activité escalade soit bien incluse dans votre contrat d'assurance).

- Les adultes sont pris en charge uniquement pendant les heures d'activités.
- La responsabilité du SIHA ne saurait être mise en cause pour tout incident survenu en dehors de ces horaires et sur le trajet pour se rendre vers les lieux d'activité.

ANNULATION & MODIFICATION

- Le Service se réserve le droit d'annuler les activités en cas d'insuffisance d'inscrits ou d'événements indépendants de sa volonté. En cas d'annulation de la part du Service, les sommes versées seront intégralement remboursées mais aucune indemnité ne sera due par le Syndicat Intercommunal.

Pour toutes les activités, les séances annulées pour cause d'intempéries ou indépendantes de notre volonté ne seront ni remplacées, ni remboursées.

- Toute activité commencée est due dans sa totalité (3 trimestres).

NB : Un certificat médical ne donne pas droit à un remboursement.

NOM :

Prénom :

Date :

SIGNATURE

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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
A ce jour		
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.



SYNDICAT INTERCOMMUNAL DU HAUT DE L'ARC

6, Rue des Minimes - 13530 TRET

Service Sports, Loisirs et Nature

Tél. : 04 42 29 40 30 - Email : sports.loisirs@sihva.com Site : www.sihva.com

ATTESTATION QS-SPORTS - ADULTE

Je soussigné(e) M.Mme

atteste sur l'honneur avoir lu et pris connaissance du

questionnaire QS-SPORT Cerfa n°15699*01 et avoir

répondu NON à toutes les questions posées.

Date et signature