



Septembre 2018.

Chers Parents,

Par la présente vous demandez l'inscription de votre enfant à la section de Gymnastique Sportive du **Cercle St Etienne de HINDISHEIM**.

Nous participons chaque année à plusieurs manifestations sportives départementales, régionales voir fédérales pour lesquelles nous exigeons la présence de nos gymnastes.

Les dates des concours vous seront précisées au courant de l'année dans des délais raisonnables de manière à ce que vous puissiez prendre les dispositions nécessaires.

Pour obtenir votre licence pour la saison 2018/2019, votre dossier d'inscription doit comporter les documents suivants :

- 1) **1 petite photo d'identité récente** (pour les nouveaux gymnastes),
- 2) **le chèque de la cotisation** en ajoutant l'assurance si souscription.
(chèque libellé à l'ordre du Cercle St Etienne Hindisheim sera encaissé courant septembre)
- 3) **le règlement intérieur signé**
- 4) **un certificat médical d'aptitude physique à la pratique de la gymnastique sportive en compétition ou questionnaire de santé.**
- 5) **le « document d'assurance » dûment complété** même si vous ne prenez pas d'assurance.
- 6) **un chèque de caution de 50€ pour le prêt de la tenue de gymnastique**

Votre licence ne pourra pas être validée si une pièce venait à manquer.

Vous venez de faire la démarche d'inscription. Afin que celle-ci soit définitive, merci de me faire parvenir rapidement les pièces N°

HORAIRES

- Hindisheim : les **Jeunesses** (filles de 10 à 14 ans inclus)
les mardis de 18H15 à 19h45
- Hindisheim : **Poussins + Pupilles** (garçons de 6 à 14 ans inclus)
les mardis de 18H30 à 20H00
- Hindisheim : les **Aînées** et les **adultes** (15 ans et +)
les mardis à partir de 20H15.
- Erstein : **Jeunesses et adultes**
les jeudis de 18h30 à 20h30
- Hindisheim : **Poussines** (filles de 6 à 9 ans inclus) :
les vendredis de 17H30 à 19H45



Gymnastique sportive

<http://cse-hindisheim.info>

Fiche d'inscription 2018/2019

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse :

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Pour les enfants mineurs :

Portable (mère) : _____ Portable (père) : _____

J'autorise l'utilisation de mon image (ou celle de mon enfant) dans le cadre des activités du Cercle Saint-Etienne.

Je n'autorise pas l'utilisation de mon image (ou celle de mon enfant).

Cotisation 2018/2019

Adhésion : 12 €

(si cette cotisation est payée à une autre section du Cercle, indiquez laquelle :)

Cotisation d'activité :

64€ pour les adultes

58€ pour les enfants – de 15 ans au 1^{er} janvier 2018

Assurance éventuelle :

TOTAL : _____ €

Règlement : chèque

espèces

Date : _____

Signature : _____



Règlement intérieur

Tout adhérent est tenu à :

1. Respecter le personnel d'encadrement
La section gymnastique est encadrée par une équipe de bénévoles et nous vous remercions de bien vouloir respecter leur travail
2. Respecter les horaires des cours
3. En cas d'absence, une excuse orale ou écrite est souhaitée de la part du responsable légal de l'enfant.
4. Porter lors des cours une tenue gymnique (chaussons, justaucorps, cheveux attachés pour les filles)
5. Eviter le port de bijoux (collier, pendentif, bague, boucles d'oreilles trop grandes)
6. Ne pas utiliser les agrès :
 - avant le début des cours.
 - après la fin des cours
7. Participer au rangement du matériel.
8. Respecter la propreté des toilettes et des vestiaires.
9. Ne pas manger de chewing-gum ou consommer boisson ou repas pendant les cours.
10. Ne pas gaspiller la magnésie.
11. Tout adhérent s'engage à toutes les activités organisées au cours de l'année :
Entraînements –spectacles -concours

Après avertissements, nous nous réservons le droit d'exclure un enfant des cours.

Les moniteurs.

Pour tous renseignements : Liliane Perraut au 03 88 64 97 66

.....
Talon à remettre

Je soussigné..... responsable légal
de(s) l'enfant(s).....
déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la section de gymnastique et
m'engage à le faire respecter.
signature des parents:



<http://cse-hindisheim.info>

NOTICE D'INFORMATION **AUX MEMBRES DES SECTIONS SPORTIVES**

Objet : votre couverture assurance saison 2018/2019

Vous allez vous inscrire dans l'une des sections sportives du Cercle Saint-Etienne.

Conformément à la réglementation et pour protéger ses adhérents, le Cercle Saint-Etienne a souscrit une responsabilité civile pour l'ensemble de ses membres.

Par ailleurs, toute association a l'obligation légale d'informer de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance individuelle de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer (Extrait de l'art. L321-4 du code des Sports).

Pour cette « individuelle accident », nous estimons que chaque membre doit pouvoir s'assurer au niveau où il le souhaite. Nous vous conseillons de vérifier les garanties que vous avez par votre propre contrat d'assurance, pour les dommages corporels pouvant résulter de la pratique du sport.

Si éventuellement vous étiez intéressés par une proposition d'« individuelle accident », adressez-vous au responsable de section qui vous renseignera.

Hindisheim, le 8 septembre 2017

La Présidente,
Annie MUTSCHLER

Tableaux de garanties PACK ACTIVITES 2017/2018

Tableaux de garanties accidents corporels :

| NATURE DES GARANTIES | MONTANT DES GARANTIES | | | MONTANT DES FRANCHISES |
|---|--|--------------|--------------|--------------------------|
| | FORMULE | | | |
| | Mini | Midi | Maxi | |
| ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS | | | | |
| DECES | 13 000 € (1) | 19 000 € (1) | 39 000 € (1) | |
| Majoration du capital : | | | | |
| - Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) | | 5 000 € | | |
| - Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants) | | 5 000 € | | |
| INVALIDITE PERMANENTE | | | | |
| - Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation | 25 000 € (1) | 37 000 € (1) | 77 000 € (1) | Franchise relative de 5% |
| INDEMNITE SUITE A COMA | | | | |
| Versement d'une indemnité égale à | 2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès | | | 14 jours |
| INCAPACITE TEMPORAIRE | | | | |
| | Néant | 12 € | 23 € | 4 jours |
| REMBOURSEMENT DE SOINS | | | | |
| (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels) | 200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale | | | Néant |
| <u>Avec une sous-limite de :</u> | | | | |
| - Frais hospitaliers | Selon montant légal | | | Néant |
| - Chambre particulière | 30 € / jour, maxi 30 jours | | | Néant |
| - Prothèse dentaire, par dent (forfait) | 250 € (2) | 350 € (2) | 500 € (2) | Néant |
| - Bris de lunettes ou lentilles (forfait) | 250 € (2) | 350 € (2) | 500 € (2) | Néant |
| - Prothèse auditive, par appareil (forfait) | | 160 € (2) | | |
| - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.) | | 160 € (2) | | |
| Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS) | 300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère | | | Néant |
| FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS | | 2 500 € | | |
| FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE | | 1 600 € | | 15 jours d'arrêt |
| FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES | | 1 600 € | | 2 mois d'arrêt |
| FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE | | 1 600 € | | 35% d'IPP |
| - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35% | | | | |

(1) Garantie maximum 1 525 000 € en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré

Tableaux de garanties assistance voyage :

| NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS | MONTANT DES GARANTIES | MONTANT DES FRANCHISES |
|---|---------------------------------|------------------------|
| ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Frais de transport de l'assuré blessé ou malade | Frais réels | NEANT |
| <ul style="list-style-type: none"> • Soins médicaux à l'étranger <ul style="list-style-type: none"> - Frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires | 150 000 € | 80 € |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prolongation de séjour avant rapatriement <ul style="list-style-type: none"> - Frais d'hôtel - Frais de transport retour | 80 € / nuit maximum 10 nuits | } NEANT |
| <ul style="list-style-type: none"> • Rapatriement ou transport sanitaire | Frais réels | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Retour prématuré | Frais réels | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transport et rapatriement du corps | Frais réels | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Retour des autres personnes | Frais réels | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transport d'un membre de la famille <ul style="list-style-type: none"> - Frais d'hôtel | Frais réels | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Caution pénale | 80 € / jour maximum 10 nuits | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistance juridique à l'étranger | 15 000 € | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avance de fonds à l'étranger | 1 500 € | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aide en cas de perte de documents d'identité | 500 € | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Aide en cas d'annulation ou retard d'avion | GARANTI | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Transmission de message urgent | GARANTI | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Chauffeur de remplacement | GARANTI | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistance aux enfants et petits enfants | GARANTI | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement psychologique | Billet A/R (train ou avion) | |
| | GARANTI | |

Extrait de la notice de garantie – www.fscf.asso.fr/assurances-20162017

DOCUMENT ASSURANCE

A remplir et à rendre OBLIGATOIREMENT au responsable de la section.

Je, soussigné(e),

NOM :

Prénom :

Membre de la section :

OU

Père, mère, ou tuteur légal de l'enfant (Rayer les mentions inutiles)

NOM et Prénom de l'enfant :

Membre de la section :

atteste avoir obtenu, par notice au moment de l'inscription, les informations concernant la couverture assurance que le Cercle Saint-Etienne a engagée pour protéger ses membres (RC).

J'ai bien noté qu'il m'est conseillé de vérifier les garanties auprès de ma propre compagnie d'assurance pour les dommages corporels pouvant résulter de la pratique du sport.

Si une proposition d' « individuelle accident » m'intéresse par le biais de l'association, je contacte le responsable de section qui me renseignera.

A Hindisheim, le

Signature

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 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"/> |
| 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 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.

Talon à remettre au Cercle Saint-Etienne :

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de :
(date complète si connue, si non l'année).

Je soussigné(e) (NOM, prénom) atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande de renouvellement de mon inscription pour la saison sportive 2018/2019 à la section du Cercle Saint-Etienne.

Cette attestation est valable 1 année, sous réserve de modification notoire de mon état de santé.

A Hindisheim, le /..... /..... Signature