

Madame  Monsieur

Nom usage : .....

Nom de naissance : .....

Prénom \* .....

Date de Naissance \* .....

Adresse complète .....

Code Postal..... Ville \* .....

N° de téléphone .....

Courriel\* .....@.....  
(Indispensable car votre licence sera envoyée par courriel)

Autorisation pour l'utilisation de prises de vue (voir *document au verso*)

**Personne à contacter en cas de problème**

Nom Prénom\* .....

Téléphone \* .....

Assurance complémentaire MAIF I.A SPORT + 12.80 €  oui  non

**DATE ET SIGNATURE** *ci-dessous et au verso*

Champs de remplissage obligatoire \*

Feuillelet à donner lors de la séance

## Huisseau sur Cosson

Mardis 09h15- 10h15 salle polyvalente

du 17 septembre 2024 au 03 juin 2025

vous n'êtes pas sportif, c'est pour vous  
...venez essayer !

### GYM BIEN-ÊTRE



Découvrez le  
Sport Santé !

GRATUIT



Sénior en forme !

- Maintenir une aisance dans le mouvement en toute sécurité
- Entretien de la tonicité musculaire et l'équilibre
- Stimuler la mémoire en mouvement
- Nouer de nouvelles relations



Renseignements:  
loiretchercomite-epgv.fr  
02.54.42.57.41  
06.17.79.94.72



Feuillelet à conserver

## GARANTIES de l'assurance MAIF

### Garantie indemnisation des dommages corporels

Contenu	Plafonds IDC de base	Plafonds option I. A. Sport+
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge de l'école à des services d'aide à la personne (assistance à domicile, aide ménagère, garde d'enfants, conduite à l'école, déplacement du proche au client, garde des animaux) après une journée d'hospitalisation ou 3 jours d'immobilisation.</li> <li>• Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et de transport, restés à charge après intervention des organismes sociaux.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- dont frais de lunetterie.</li> <li>- dont frais de rattrapage scolaire exposés après 15 jours consécutifs d'interruption de la scolarité.</li> </ul> </li> <li>• Prise en charge du forfait de location de télévision à partir de 2 jours d'hospitalisation</li> <li>• Remboursement des pertes justifiées de revenus des personnes actives pour la période d'incapacité de travail résultant de l'accident.</li> <li>• Versement d'un capital proportionnel au taux d'incapacité permanente à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- jusqu'à 9 %</li> <li>- de 10 à 19 %</li> <li>- de 20 à 34 %</li> <li>- de 35 à 49 %</li> <li>- de 50 à 100 % - sans tierce personne</li> <li>- avec tierce personne</li> </ul> </li> <li>• Versement d'un capital aux ayants droit en cas de décès :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- capital de base</li> <li>- augmenté de : - pour le conjoint survivant</li> <li>- par enfant à charge</li> </ul> </li> <li>• Prise en charge des frais de recherche et de sauvetage des vies humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>700 € dans la limite de 3 semaines</li> <li>1 400 €</li> <li>80 €</li> <li>16 €/jour dans la limite de 310 €</li> <li>Non couvert</li> <li>16 €/jour dans la limite de 3 100 €</li> <li>6 100 € x taux</li> <li>7 700 € x taux</li> <li>13 000 € x taux</li> <li>16 000 € x taux</li> <li>23 000 € x taux</li> <li>46 000 € x taux</li> <li>3 100 €</li> <li>3 100 €</li> <li>3 100 €</li> </ul> Frais engagés dans la limite de 7 700 € par victime	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 500 € dans la limite d'un mois</li> <li>3 000 €</li> <li>300 €</li> <li>2 €/jour d'absence scolaire dans la limite de 7 500 € + orientation</li> <li>10 €/jour dans la limite de 365 jours</li> <li>30 €/jour dans la limite de 6 000 €</li> <li>30 000 € x taux</li> <li>60 000 € x taux</li> <li>90 000 € x taux</li> <li>120 000 € x taux</li> <li>150 000 € x taux</li> <li>300 000 € x taux</li> <li>30 000 €</li> <li>30 000 €</li> <li>15 000 €</li> </ul> Frais engagés dans la limite de 7 700 € par victime

## QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTÉ à compléter et à conserver

S'il vous plaît, répondez soigneusement et honnêtement à ces 6 questions : cochez Oui ou Non	OUI	NON
1) Votre médecin vous a dit que vous étiez atteint d'un problème cardiaque, d'une hypertension artérielle, d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une autre maladie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ressentez-vous une douleur à la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel au repos, une fatigue intense au cours de vos activités quotidiennes ou lorsque vous faites de l'activité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Éprouvez-vous des pertes d'équilibre liées à des étourdissements ou avez-vous perdu connaissance au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits pour une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 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"/>

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié**

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions ci-dessus, merci de remplir et signer l'attestation sur l'honneur ci jointe et la remettre à votre club.

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions ci-dessus, votre état de santé nécessite un avis médical avant de commencer ou poursuivre une activité physique. Vous devez consulter votre médecin afin qu'il vous examine et vous délivre un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport. Certificat à remettre à votre club. Le certificat médical doit dater de moins de 6 mois.

## ACCORD pour les PRISES de VUES et l'UTILISATION des IMAGES

Le présent document a pour objet de définir les modalités et conditions générales de l'autorisation de prises de vues.

NOM : .....  
PRENOM : .....

ADRESSE : .....

EMAIL : .....

- Autorise l'association à réaliser des prises de vues durant les séances EPGV et déclare céder à l'association les droits qu'elle détient sur son image pour ces séances.
- Autorise l'association à utiliser les prises de vues réalisées en vue de la promotion de l'association. Ces prises de vues pourront faire l'objet de publication sur un support papier (photos) ou numérique (site de l'association).
- A bien noté que ces prises de vues seront utilisées dans l'intérêt de l'association. Elles ne seront pas utilisées à des fins commerciales et la cession à des tiers n'est pas autorisée.

Fait à ....., le .....

Signature

## ACCUSÉ DU QUESTIONNAIRE MEDICAL DE SANTE

Je soussigné(e) ..... 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 la licence pour la saison sportive 2024/2025.

Fait à ....., le .....

Signature

Feuillet à donner lors de la séance