



BULLETIN D'INSCRIPTION 2026 - 2027

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Adresse :

Tel portable :

mail :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Tel :

COTISATION ANNUELLE

Règlement par chèque à l'ordre de : Section Country du CSLV

Tous les jeudis sauf jours fériés et vacances scolaires

- 19h30 à 20h30 Cours débutants
- 20h30 à 21h30 Cours Confirmés

<u>TARIF</u>	1 personne	A partir de 2 personnes (même Famille)
1 cours	60 €	55 € / personne
2 cours	115 €	100 € / personne

Possibilité de régler en 2 fois

Certificat médical / questionnaire de santé

Joindre l'attestation relative au questionnaire de santé dûment complétée.

En cas de réponse positive nécessitant un avis médical, joindre un certificat médical ou tout document médical attestant de son aptitude à pratiquer la danse Country

Droit à l'image :

☐ J'autorise la section country de l'association CSLV « Somewhere Country » à me photographier et à me filmer dans le cadre des différents événements que « Somewhere Country » organise. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de « Somewhere Country », notamment sur son site internet, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie de la section country. Les utilisations de mon image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de « Somewhere Country » qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

☐ Je refuse d'être filmé(e) ou photographié(e) dans le cadre des différents événements que l'association organise.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et de l'accepter.

Le (date)

Lu et approuvé (signature)

SOMEWHERE COUNTRY

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

PRATIQUE DE LA DANSE COUNTRY SAISON 2026/2027

CSLV – Section Country • Adhérent FFBA n° 7715752

Ce questionnaire permet à chacun de faire le point sur son état de santé avant ou pendant la pratique de la danse Country. Il ne remplace pas un avis médical.

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Répondez aux questions ci-dessous par OUI ou par NON	OUI	NON
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel, une gêne respiratoire ou un malaise pendant une activité physique ?	☐	☐
3. Avez-vous eu une perte de connaissance ou des vertiges importants ?	☐	☐
4. Avez-vous eu un problème cardiaque, respiratoire ou de tension nécessitant un suivi ou un traitement ?	☐	☐
5. Avez-vous subi une blessure, fracture, entorse, luxation, tendinite ou autre problème musculaire ou articulaire pouvant gêner la pratique de la danse ?	☐	☐
6. Avez-vous dû interrompre une activité physique pendant plusieurs semaines pour des raisons de santé ?	☐	☐
7. Avez-vous commencé récemment un traitement médical susceptible d'avoir une incidence sur votre pratique sportive ?	☐	☐

AUJOURD'HUI

Répondez aux questions ci-dessous par OUI ou par NON	OUI	NON
8. Ressentez-vous actuellement une douleur, une gêne ou une limitation de mouvement pouvant être aggravée par la pratique de la danse ?	☐	☐
9. Votre état de santé vous conduit-il actuellement à limiter ou interrompre une activité physique ?	☐	☐
10. Pensez-vous avoir besoin de l'avis d'un médecin avant de pratiquer ou de poursuivre la danse Country ?	☐	☐

CONFIDENTIALITÉ DU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire de santé est strictement personnel et confidentiel. Il reste en possession de l'adhérent et n'a pas à être remis à l'association.

En cas de réponse « OUI » à une ou plusieurs questions, l'adhérent est invité à demander l'avis de son médecin et à fournir à l'association un certificat médical ou tout document médical attestant de son aptitude à pratiquer la danse Country.

Seule l'attestation relative au questionnaire de santé est à remettre à Somewhere Country lors de l'adhésion.

Questionnaire à conserver par l'adhérent – Ne pas remettre à l'association.

SOMEWHERE COUNTRY

CSLV – Section Country

Adhérent FFBA n° 7715752

SAISON 2026/2027

ATTESTATION RELATIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Cette attestation est remise à Somewhere Country lors de l'adhésion. Le questionnaire de santé est personnel et confidentiel : il n'est pas remis à l'association.

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	

Je soussigné(e), atteste avoir rempli personnellement le questionnaire de santé relatif à la pratique de la danse Country.

Je coche la situation correspondant à ma situation :

☐ J'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé et, au vu de mes réponses, je n'ai pas besoin d'un avis médical préalable à la pratique de la danse Country.

☐ J'ai répondu OUI à au moins une question du questionnaire de santé. J'ai demandé l'avis d'un professionnel de santé et je fournis un certificat médical ou tout document médical attestant de son aptitude à pratiquer la danse Country

Le questionnaire de santé reste confidentiel et n'est pas transmis à l'association. Aucune information relative à la nature d'un éventuel problème de santé n'est demandée par Somewhere Country.

Déclaration

Je certifie l'exactitude des informations déclarées ci-dessus et avoir pris connaissance des recommandations relatives à la pratique de la danse Country.

Fait à :	Le :
Signature de l'adhérent : 	Pour Somewhere Country :

Document à remettre à l'association – Le questionnaire de santé reste confidentiel et en possession de l'adhérent