



Salle du Pra d'Agout – SAINT MARTIN VÉSUBIE
Promenade J. Laurenti – ROQUEBILLIÈRE

CONTRAT D'ABONNEMENT

Informations personnelles

NOM ET PRÉNOM :

NE(E) le :

ADRESSE :

VILLE :

TÉLÉPHONE :

E-MAIL :

Code client :

Badge n° :

Choix d'abonnement

Formule	Plateau musculation	Musculation + cours collectifs
À l'année – 12 mois	19,90 €/mois	35,90 €/mois
Au semestre – 6 mois	29,90 €/mois	45,90 €/mois
Au trimestre – 3 mois	39,90 €/mois	55,90 €/mois
À la semaine	15 €	20 €

Réduction de 5 € sur l'ensemble des abonnements (hors séance à la carte) pour les adolescents de 14 à 18 ans. Une autorisation parentale est indispensable pour toute inscription.

Date début : _____ Date fin : _____

Paielements

- ☐ Par chèque en une fois
- ☐ Par mandat SEPA (prélèvement mensuel)
- ☐ En espèce quel que soit la formule choisie

- * Séance d'essai gratuite.
- * Salle en accès libre de 07h00 à 22h00 pour abonnements de 3 mois et plus.
- * Badge avec chèque de caution de 20 € pour abonnements de 3 mois et plus.
- * Résiliation avec 1 mois de préavis pour tous les abonnements.

Engagements de l'adhérent

- Je reconnais avoir été informé(e) que le présent contrat est soumis aux « Conditions générales de vente ».
- J'accepte la réduction du délai de rétractation, en demandant la participation immédiate aux activités.
- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements transmis.
- Je remplis le formulaire RGPD et le questionnaire médical. Si je réponds « OUI » à une rubrique du questionnaire médical, je m'engage à fournir un certificat médical de moins de 15 jours ou je décharge le Club de toute responsabilité physique.
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Règlement intérieur et conditions générales de vente

Je soussigné(e), certifie avoir reçu, lu et compris le règlement intérieur ainsi que les conditions générales de vente du Club des Sports Vésubie. Je m'engage à en respecter toutes les dispositions. Je reconnais que ces documents sont à ma disposition en version imprimée et/ou numérique, et que leur consultation est une condition préalable à la signature du présent contrat.

Signatures

Fait à :, le :

Signature de l'adhérent :

Signature du conseiller :



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MINEURS

Nom du mineur : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du représentant légal : _____

Veillez répondre aux questions suivantes par oui ou non. Toute réponse positive nécessite un certificat médical récent pour l'inscription de l'enfant aux activités de la section fitness.

1. Votre enfant a-t-il des douleurs thoraciques à l'effort ou au repos ?
☐ OUI ☐ NON
2. A-t-il des palpitations ou un rythme cardiaque anormal ?
☐ OUI ☐ NON
3. A-t-il déjà perdu connaissance sans raison apparente ?
☐ OUI ☐ NON
4. Présente-t-il un essoufflement inhabituel à l'effort ?
☐ OUI ☐ NON
5. A-t-il des douleurs ou des blessures récurrentes aux muscles ou articulations (ex. genoux, hanches) ?
☐ OUI ☐ NON
6. Suivi médical : votre enfant suit-il actuellement un traitement médical régulier ?
☐ OUI ☐ NON
7. Des antécédents familiaux de maladie cardiaque sont-ils connus ?
☐ OUI ☐ NON
8. Votre enfant est-il sujet à des allergies sévères, notamment en lien avec l'activité physique ?
☐ OUI ☐ NON
9. Votre enfant a-t-il une affection chronique pouvant impacter sa pratique sportive ?
☐ OUI ☐ NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez consulter un médecin pour obtenir un certificat médical d'aptitude pour votre enfant.

Signature du représentant légal : _____

Date : _____



DOCUMENT DE CONSENTEMENT POUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES ET ATTESTATION MÉDICALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) _____

Agissant en qualité de : ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur légal ☐ Parent exerçant le droit de garde du ou des mineur(s) suivant(s) :

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Email : _____

1. Traitement des Données Personnelles :

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD) qui impose une obligation de transparence (articles 12,13 et 14 du RGPD), en signant ce document, déclare autoriser le Club des Sports Vesubie à collecter, traiter et stocker mes données personnelles et celles du ou des mineur(s) ci-dessus désigné(s), aux seules fins de gestion des activités sportives et administratives de la section fitness, conformément au RGPD.

Les données collectées sont destinées exclusivement à l'usage interne de l'association et ne seront en aucun cas transmises à des tiers sans mon consentement explicite, sauf obligation légale.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits d'accès, de rectification et de suppression de mes données et de celles du ou des mineur(s) ci-dessus désigné(s) en adressant une demande à l'adresse suivante : clubsportsvesubie@gmail.com

2. Sécurité :

Les dirigeants du Club des Sports Vesubie sont légalement tenus de prendre toutes les dispositions nécessaires, en cas de blessure ou tout état pathologique nécessitant une prise en charge médicale urgente, et de faire prodiguer les soins immédiats nécessaires à l'état du ou des mineur(s) ci-dessus désigné(s), auprès de l'autorité médicale compétente la plus proche.

Contact d'urgence : (NOM, Prénom) _____ (Numéro de portable) _____
(Relation) _____

3. Attestation Médicale :

Je soussigné(e), _____, déclare que le ou les mineur(s) ci-dessus désigné(s) sont aptes à la pratique des activités proposées par la section fitness du Club des Sports Vesubie. Je reconnais avoir reçu le questionnaire médical ci-joint, et je reconnais avoir répondu « NON » à toutes les questions le ou les concernant. Dans le cas contraire je dois remettre au club un certificat médical de moins de 6 mois demandé.

3. Droit à l'Image :

J'autorise le Club des Sports Vesubie à utiliser l'image (photos et vidéos prises dans le cadre des activités de la section fitness) du ou des mineur(s) ci-dessus désigné(s), pour la promotion du club et de ses activités sur les supports de communication internes (site internet, réseaux sociaux, affiches, etc.). Le club s'engage à ce que les images ainsi exploitées ne portent pas atteinte à ma dignité humaine, mon intimité, mon honneur et ma réputation. Cette autorisation est consentie sans limite de temps.

☐ Je souhaite ou ☐ ne souhaite pas
donner mon consentement pour l'utilisation de l'image du ou des mineur(s) ci-dessus désigné(s).

Fait à _____, le _____

Signature : _____



AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné(e), _____ autorise mon enfant
_____, né(e) le _____
à participer aux activités de la section fitness organisées par le Club des Sports Vésudrie.

Je reconnais avoir pris connaissance des activités proposées par la section fitness et accepte que mon enfant y participe sous la responsabilité des animateurs du club.

En cas d'accident ou de besoin médical, j'autorise le personnel encadrant à prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la santé et la sécurité de mon enfant. J'autorise également les responsables à contacter les services médicaux appropriés et à transmettre les informations de santé pertinentes en cas d'urgence.

Informations de contact en cas d'urgence :

- Téléphone principal : _____
- Téléphone secondaire : _____

Je m'engage à fournir au club toutes les informations utiles concernant l'état de santé de mon enfant, et à signaler toute condition particulière ou traitement médical en cours susceptible d'impacter sa participation aux activités.

Date : _____

Signature du parent ou tuteur : _____