

## Section : FITNESS-ZUMBA- Bien-être et forme

### Bulletin d'adhésion 2026– 2027

Renouvelant  Nouvel inscrit  Facture : Oui  Non   
 Licence ASPTT dans une autre section (Si oui laquelle.....)

#### Choix des activités

Bien-être et équilibre	Gym-douce	Mercredi 11h35-12h35 <input type="checkbox"/>
	Stretching	Mercredi 10h30-11h30 <input type="checkbox"/>
	Hatha yoga	Lundi 17h-18h Mardi 19h15-20h15 <input type="checkbox"/>
	Yoga pilates	Mercredi 9h30-10h30 <input type="checkbox"/>
	Pilates	Lundi 9h00-10h00 (Axel) <input type="checkbox"/> Lundi 18h-19h <input type="checkbox"/> Lundi 17h45-18H45 (Martine) <input type="checkbox"/> Lundi 19h-20h (Martine) <input type="checkbox"/> Mercredi 18h-19h <input type="checkbox"/> Vendredi 18h-19h <input type="checkbox"/>
Renforcement Musculaire	Renfo muscul'	Lundi 10h00-11h00 <input type="checkbox"/> Vendredi 9h30-10h30 <input type="checkbox"/>
	Circuit training	Mardi 18h15-19h15 <input type="checkbox"/> Jeudi 18h-19h <input type="checkbox"/>
Cardio et Dynamique	Cardio renfo	Mercredi 19h-20h <input type="checkbox"/> Jeudi 9h00-10h00 (Axel) <input type="checkbox"/>
	Energym	Jeudi 10h00-11h00 <input type="checkbox"/>
Zumba	Zumba	Lundi 19h-20h <input type="checkbox"/> Vendredi 19h-20h <input type="checkbox"/>

#### Assurances

L'établissement d'une Licence ASPTT PREMIUM ou Evènementielle permet à son titulaire de bénéficier des assurances "Responsabilité civile", "Assistance aux personnes" et "Dommages corporels" souscrites par la FSASPTT.

#### Informations adhérents :

Mr            Mme  
 Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Date de naissance : ... / ... / ..... Lieu de naissance : .....  
 Nationalité : .....  
 Téléphone domicile : .....  
 Téléphone travail : .....  
 Mobile : .....  
 Email : .....

#### Attestation et engagement

- J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions au questionnaire de santé « QS-SPORT » CERFA N°15699\*01
- Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.
- J'accepte que es éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité soit effectué.(article L. 212-9 du code du sport)

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail [rgpd@asptt.com](mailto:rgpd@asptt.com) ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes, vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation (cession de droit à l'image).

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.

Le : .....

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal

**Section : FITNESS-ZUMBA- Bien-être et forme**  
**Bulletin d'adhésion 2026– 2027**



**Renouvellement de licence d'une fédération sportive : NOM-Prénom \_\_\_\_\_**

**Questionnaire de santé « QS – SPORT » cerfa N°15699\*01**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1.Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?		
1.Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
1.Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
1.Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
1.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 ?		
1.Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>A ce jour</b>		
1.Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
1.Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de maladie ?		
1.Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>		

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplet 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 de santé renseigné.