

# FICHE D'INSCRIPTION 2025-T2



Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : M / F N° de Licence : .....

Date et lieu de naissance : .....

Représentant légal si mineur (Nom, Prénom) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Email (en majuscule) : .....@.....

Téléphone : .....

Créneau : Mercredi matin / Après-midi ; Samedi Matin / Après-midi ; Dimanche Matin

Niveau : .....

| Adhésion obligatoire :                                                                         |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Adhésion annuelle au club obligatoire (comprenant l'adhésion des parents si adhérent mineur) : | 30 €  |
| Adhésion offerte aux Cibouriens.                                                               |       |
| Licence annuelle FFS 2025 obligatoire :                                                        |       |
| SURF CLUB (Loisir ou Compétition) jusqu'au 31/12/2025                                          | 35 €  |
| SURF CLUB PRIMO-LICENCIÉ jusqu'au 31/12/2026                                                   | 45 €  |
| Cours de surf                                                                                  |       |
| Cours hebdomadaire de Septembre à Décembre (12 cours hors vacances scolaires)                  | 180 € |
| Règlement :                                                                                    |       |
| Mode règlement : Virement / Espèce / Chèques vacances ANCV / Chèque Pass'Sport (70€)           |       |

## Autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné(e) : .....père, mère ou tuteur légal de .....

- L'autorise à participer aux cours de surf (ou aux cours d'entraînement physique/théorique tels que piscine, sauvetage, etc. en cas de mauvaises conditions météo) dispensés par le **Belharra Surf Club**.
- Déclare que l'enfant est en bonne santé (certificat médical d'aptitude obligatoire ou questionnaire de santé).
- Dégage de toutes responsabilités le club, ses représentants et son personnel d'encadrement pour tout accident survenu en dehors des heures auxquelles il est inscrit.
- Autorise l'éducateur sportif à faire donner tous les soins médicaux en cas de nécessité absolue.
- Avoir pris connaissance des termes du contrat d'assurance de ma licence FFS et l'accepte.

## Droit à l'image

- J'autorise le **Belharra Surf Club** à utiliser mon image sur papier ou support numérique pour la présentation ou l'illustration des activités du club : oui non
- J'autorise les médias, la presse à utiliser des photos où figure mon image dans le cadre d'un article ou reportage sur le club : oui / non

**Atteste avoir pris connaissance et approuvé le règlement intérieur (disponible sur le site internet).**

Fait à ..... le...../...../ 2025. Signature :

**Votre inscription sera définitive à réception du règlement et du questionnaire santé OBLIGATOIRE et/ou d'un certificat médical pour non-contre-indication à la pratique du surf (suite aux réponses du questionnaire de santé); vous recevrez alors un mail de confirmation de la Fédération Française de Surf, accompagné de votre licence.**



MAIRIE - HERRIKO ETXEA

Pour paiement par virement : préciser le nom et prénom de l'adhérent.



**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Identifiant national de compte bancaire - RIB

|              |              |                    |           |            |
|--------------|--------------|--------------------|-----------|------------|
| Banque       | Guichet      | N° compte          | Clé       | Devise     |
| <b>10278</b> | <b>02276</b> | <b>00021045501</b> | <b>90</b> | <b>EUR</b> |

Domiciliation  
**CCM SAINT JEAN DE LUZ-CIBOURE**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8022 7600 0210 4550 190**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

**Domiciliation**

CCM SAINT JEAN DE LUZ-CIBOURE  
CM CIBOURE  
42 AVENUE JEAN JAURES  
64500 CIBOURE

☎ 05 59 43 88 43

**Titulaire du compte (Account Owner)**

ASS BELHARRA SURF CLUB  
MAISON DES ASSOCIATIONS  
2 AV JEAN BAPTISTE CARASSOU  
64500 CIBOURE

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### 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                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <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"/> |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 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.