



Dossier d'inscription ONLY ONE

Samedi 25 Mai 2024

Nom : Prénom :

Numéro de téléphone : Date de naissance :

Date de l'événement : le **25/05/2024 (9h-18h30)**

Lieu : **Parc des Droits de l'Enfant, 77200 Torcy**

Paiement : **22 euros (t-shirt de l'événement inclus)**

- Virement bancaire (demander un RIB),
- Espèces (uniquement au siège de l'association sur rdv),
- Chèque (envoi accepté)
- Paypal (demander le lien)

Je dois fournir une photo par mail ou par téléphone (via sms, Insta, WhatsApp),

En validant mon inscription, j'ai compris que l'on me décrira les épreuves uniquement quelques minutes avant d'y participer,

En validant mon inscription, j'autorise l'association ONLY ONE à utiliser les photos prises pendant l'événement et à les diffuser sur ses réseaux sociaux,

La restauration sera proposée sur place et les menus et tarifs seront indiqués sur l'Instagram de l'association ou sur demande quelques jours avant l'événement.

Pour valider mon inscription, je dois remplir le questionnaire de santé fourni (ou le certificat médical si nécessaire), le présent document et les faire parvenir à l'association ONLY ONE avec le paiement complet ainsi qu'une photo numérique.

Votre inscription vous sera confirmée par sms ou mail.

ATTENTION ! Un dossier incomplet ou hors délai empêchera de valider votre dossier.

Date :

Signature :

ONLY ONE

0660724776

onlyoneasso@gmail.com

Insta : onlyoneasso

SOYEZ PRETS !!



QUESTIONNAIRE DE SANTE PREALABLE A LA PARTICIPATION A L'EVENEMENT ONLY ONE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1 - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
À CE JOUR :		
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.) survenue 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"/>

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du participant.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS : pas de certificat médical à fournir
SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS : certificat médical à fournir ;
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné

Quelles sont les épreuves ?
Que mange t'on ?
Ce sera à quel endroit ?
Ça dure combien de temps ?
Mes enfants peuvent-ils venir ?
C'est à partir de quel âge ?

N'hésitez pas à nous contacter, on répondra à
absolument toutes vos questions.
Nous sommes disponibles donc profitez-en !!

A très vite..

ONLY ONE
0660724776
onlyoneasso@gmail.com
Insta : onlyoneasso