

# DOSSIER D'INSCRIPTION



Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Ville : .....

Code postal : .....

Portable : .....

Mail : .....

Signature :  
(Représentant légal pour les mineurs)

*Luccini Productions / Misfits Academy*  
*Maison des Confluences, 04, place du Muguet Nantais, 44200 Nantes*  
*09.50.16.75.55*  
*[misfitsacademy@gmail.com](mailto:misfitsacademy@gmail.com)*  
*N° SIRET : 518 249 271 000 17*

## **AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRÉSENTATION DE FILMS ET PHOTOGRAPHIES**

Je soussigné(e), .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Autorise l'Association **LUCCINI PRODUCTIONS / MISFITS ACADEMY** à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents événements ou activités que l'Association organise. J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'Association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou support numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'Association. 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 **LUCCINI PRODUCTIONS / MISFITS ACADEMY** qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

En contrepartie, **LUCCINI PRODUCTIONS / MISFITS ACADEMY** s'engage à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable. Nous nous reconnaissons être entièrement remplis de nos droits et nous ne pourrions prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom. Élection de domicile est faite par chacune des parties à l'adresse précisée aux présentes. Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux compétents statuant en droit français.

### **Date et signature :**

Autorisation par le parent/représentant légal si mineur(e). Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom.

Nom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

**Date et signature du parent/représentant légal :**



Luccini Productions / Misfits Academy  
Maison des Confluences  
04 place du Muguet Nantais  
44200 Nantes  
SIRET : 518 249 271 000 17  
09.50.16.75.55

## **DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ**

***L'adulte en charge de cette personne mineure est prié de compléter les lignes ci-dessous :***

Mr/Mme ..... autorise .....

dont il est le représentant légal, à participer au(x) cours dispensé(s) par l'association LUCCINI

PRODUCTIONS / MISFITS ACADEMY durant l'année .....

**Signature du représentant légal :**

Je m'engage à ce que l'enfant respecte les règles de sécurité, et toutes les règles s'appliquant au(x) cours pratiqué(s), ainsi qu'à respecter les consignes des organisateurs et/ou des propriétaires de la salle. Je certifie que l'enfant est assuré(e) au titre de sa responsabilité civile vis-à-vis des tiers, et des dommages corporels et incorporels qu'il/elle pourrait causer au cours de la pratique des activités de l'association. Je reconnais avoir pris conscience de tous les risques liés à la pratique du sport intensif. Je suis également conscient(e) qu'il relève de ma responsabilité d'aller consulter un médecin afin de confirmer l'aptitude de mon enfant à la pratique du sport, et plus spécifiquement aux activités dansantes.

Je ne pourrai tenir l'association, ou les propriétaires de la salle, responsables en cas de perte, vol ou bris des biens de l'enfant. Je m'engage également à ce que l'enfant fasse preuve de respect envers l'équipement des autres et le matériel présent dans la salle, et à rendre tout objet ne lui appartenant pas à la fin du cours. En outre, j'autorise les organisateurs à utiliser les photos, films ou tout autre enregistrement, réalisés à la demande des organisateurs de cet événement sur lesquels l'enfant figure dans le cadre de la promotion de celui-ci.

Je reconnais également que, une fois le cours terminé, l'enfant n'est plus sous la tutelle de l'association, ni des instructeurs, et que et tout ce qui peut arriver avant ou après le cours est de mon entière responsabilité.

Le refus de signer cette décharge de responsabilité ou la non présentation d'une assurance réserve le droit à l'association de m'exclure ou d'exclure mon enfant.

Fait à .....

Le : .....

**Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :**



## 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.