



## FICHE INSCRIPTION - Saison 2026 / 2027

### COURS GYM et YOGA ENFANTS

**CHOIX DU COURS : TARIF 83€** ☐ Cours de 6 à 10 ans : Lundi 17h45 à 18h45

Salle au Château d'eau

**COORDONNEES DE L'ENFANT :**

NOM : ..... PRENOM : ..... Date de Naissance : .....

Adresse : .....

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

**COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX et personnes à prévenir en cas d'urgence:**

1- NOM : ..... PRENOM : ..... Qualité: Père-Mère-Tuteur.....

Tél : Portable : ..... Domicile : ..... Bureau : .....

E-Mail (indispensable)

2- NOM : ..... PRENOM : ..... Qualité: .....

Tél : Portable : ..... Domicile : ..... Bureau : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

N° de Sécurité Sociale : ..... Médecin traitant : ..... Tél : .....

Si besoin, j'autorise à prendre toute mesure d'urgence (médecins, pompiers...)

Je porte à la connaissance de l'animateur les renseignements suivants :

à signaler en particulier : asthme - diabète - Epilepsie - hémophilie - atteintes cardiaques

☐ **CERTIFICAT MEDICAL**

ou

☐ **QUESTIONNAIRE SANTE : OBLIGATOIRE**

☐ **PASS SPORT et PASS SPORT 32** : Prise en charge du coût de la licence sportive au tarif fédération.

**TARIF :**

☐ 83,00 €

☐ -25,00 € pour les bénéficiaires de la PASS SPORT 32 – Code .....

☐ -50,00 € pour les bénéficiaires PASS SPORT – Code .....

**MODE de PAIEMENT :** (Licence comprise dans le tarif)

☐ Chèque .....

☐ Espèces .....

☐ Chèque ANCV SPORT Nbre .....

**REGLEMENT INTERIEUR :**

a- L'enfant aura des équipements adaptés à la pratique du sport

b- PASS SANITAIRE obligatoire pour accès à tous les cours intérieurs et extérieurs (suivant réglementation)

c- Respecter les mesures sanitaires en vigueur

d- Il est impossible de changer de cours, même occasionnellement, sauf autorisation du Bureau

e- Salle du Château d'eau, ôter ou changer vos chaussures pour des raisons d'hygiène et respect du parquet

f- L'enfant n'aura aucun objet de valeur, l'association se dégage de toutes responsabilités en cas de perte ou de vol

g- Tout engagement dans l'association ne sera pas remboursé

**AUTORISATION PARENTALE :**

Nous soussignés, ..... et ....., responsables légaux de l'enfant, autorisons notre enfant à participer aux séances de Gymnastique Volontaire, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et acceptons les conditions d'inscription et le règlement intérieur.

Date :

Signature du ou des responsables légaux :



# Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

## Annexe 5

### Volet destiné aux parents ou responsable légal du licencié mineur

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.  
Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

|                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                           |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></b>                                                                                                                                       |  | <b>Ton âge :</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                           |  | OUI                                                                       | NON                      |
| 1) Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 2) As-tu été opéré (e) ?                                                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                     |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 6) As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 7) As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                              |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 9) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 10) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 11) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 12) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                      |  |                                                                           |                          |
| 13) Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 14) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 15) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 16) Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 17) Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 18) Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                           |                          |
| 19) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                            |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 20) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 21) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                         |  |                                                                           |                          |
| 22) Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                                           |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 23) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| 24) Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) |  | <input type="checkbox"/>                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.</b>          |  |                                                                           |                          |

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur



## Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

### *Volet à remettre au club*

Je soussigné(e) (*Nom, prénom*) ..... représentant légal de l'adhérent mineur..... (nom et prénom de l'enfant) atteste que mon enfant et moi-même avons répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 7 mai 2021, lors de la demande de renouvellement de la licence pour la saison sportive ...../..... au club : ..... (*Nom du club à compléter*).

A ....., le ...../...../.....

Signature