

FICHE D'INSCRIPTION

SECTION SPORTS LOISIRS - SAISON : 2023/2024

ADHERENT

Nom : Prénom :
 Sexe/Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre :
 Date de Naissance : Lieu de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Personne en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non Bénéficiez-vous de l'AEEH ? ☐ Oui ☐ Non

Photo

COORDONNEES TELEPHONIQUES / MAILS :

	Adhérent majeur	Adhérent mineur : (merci de préciser le nom/prénom des parents)	
		Parent 1 :	Parent 2 :
Tél. Fixe			
Portable			
Mail			

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom : Téléphone :
 Nom : Prénom : Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE (Adhérent Mineur) :

Je soussigné(e) (Représentant légal) autorise mon enfant :
 ■ à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition et cela sous ma responsabilité : ☐ OUI ☐ NON
 ■ à repartir avec une tierce personne : ☐ OUI ☐ NON
 Si oui, précisez le nom du (ou des) tiers autorisé(s) :
 ■ à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs ☐ OUI ☐ NON
 Je dégage l'association de toute responsabilité envers mon enfant en dehors des horaires d'entraînements et de compétitions qui sont communiqués par le club et je m'engage à récupérer mon enfant dès la fin des activités.
 J'autorise le club à prendre des photos et à filmer mon enfant à l'occasion des activités sportives ou associatives auxquelles il participe et autorise leur publication dans les différents supports de communication du club ☐ OUI ☐ NON

PUBLICATION DE MON IMAGE :

J'autorise le club à me prendre en photos et à me filmer à l'occasion des activités sportives ou associatives auxquelles je participe et autorise leur publication dans les différents supports de communication du club. ☐ OUI ☐ NON

ATTESTATION PARENTALE DE LA REGULARITE DU QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UN ADHERENT MINEUR

Je reconnais que (le mineur) sous ma responsabilité a pris connaissance du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur (lorsque celui-ci est suffisant pour la pratique de l'activité) et atteste sur l'honneur avoir :
☐ Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez joindre un certificat médical.

ATTESTATION DE MON ETAT MEDICAL POUR UN ADHERENT MAJEUR

Je soussigné (e)
 ■ Avoir remis au club un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la discipline fédérale concernée datant de moins d'un an si c'est ma première inscription ou que je n'ai pas remis de certificat médical obligatoire lors des trois dernières années. ☐ OUI ☐ NON
 ■ Avoir pris connaissance du questionnaire de santé, si j'ai déjà remis un certificat médical au club dans les trois dernières années, lorsque celui-ci est suffisant pour le renouvellement de la licence et j'atteste sur l'honneur avoir :
☐ Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
☐ Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez joindre un certificat médical.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pathologies connues et précautions à prendre par le club en cas de crise (allergie, asthme, épilepsie, médicaments) :

CHOIX DES ACTIVITÉS « SPORTS LOISIRS »

Cochez la ou les cases des activités pratiquées :

- ☐ **Eveil Sportif 3/5 ans :** ☐ Mercredi ☐ 9H30/10H20 ☐ 10H30/11H20
Lieu :
- ☐ **Eveil Parent-Enfant 3/5 ans :** ☐ Samedi ☐ 9H30/10H20 ☐ 10H30/11H20
- ☐ **Ecole Multisports 6/10 ans :** Jour :
Groupe :
- ☐ **Sports Vacances 8/12 ans :** Eté : ☐ S1 Groupe :
☐ S2 Groupe :
☐ S3 Groupe :
☐ S4 Groupe :
☐ Automne – Groupe :
☐ Hiver – Groupe :
☐ Printemps – Groupe :

Repas spécifique :

Activités K'ASA ADOS :

- ☐ **Mercredis Sportifs 11/14 ans**
- ☐ **Vacances 13/17 ans** ☐ Automne
☐ Hiver
☐ Printemps
- ☐ **Initiatives + camp sportif 14/17 ans** (engagement à l'année)
- ☐ **Séjour Estival 11/14 ans :** ☐ Juillet

Repas spécifique :

Régime : ☐ Régime Général ☐ MSA

- ☐ **Multisports Adultes (25 ans et +)**
- ☐ **Multisports Seniors (60 ans et +)**

Réservé à l'administration

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Somme : Mode :

Vous ou votre enfant est-il adhérent dans une section de l'AS Ambarès sur la même saison sportive ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez la section :

- Je reconnais avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance « individuelle accident ».
- J'autorise le club à me transmettre des informations par courriers, mails et sms.
- Je suis informé(e) que l'association sera amenée à stocker mes données personnelles dans le cadre de mon adhésion.
- Je reconnais avoir été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification des informations ainsi collectées qui sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement informatique (art. 32, 6°, loi n° 78-17 du 6/01/1978). Ce droit d'accès et de rectification sur ce fichier s'exerce auprès du secrétariat du club. Le Règlement Général sur la Protection des données en date du 25 mai 2018 est consultable sur le site internet de l'association (www.asambares.fr)

Par le présent document, j'atteste avoir remis l'ensemble des documents obligatoires à l'inscription, avoir pris connaissance du règlement d'inscription consultable sur le site internet de l'association www.asambares.fr et en accepter les règles.

Lu et approuvé, le

Signature de l'adhérent :
(ou du représentant légal)

Réservé à l'administration :

- ☐ Certificat Médical ☐ Vaccinations ☐ CAF (quotient familial)
☐ Attestation Sécu Sociale ☐ Attestation assurance extrascolaire (VS)

Commentaire :

RENOUVELLEMENT DE LICENCE D'UNE FEDERATION SPORTIVE

QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT » ADULTES

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

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
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A 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...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

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.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES »

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant. C'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? Ta-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.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐ Ton âge : Ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE :
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu été opéré (e) ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu beaucoup maigri ou grossi ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? ☐ Oui ☐ Non

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué (e) ? ☐ Oui ☐ Non
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? ☐ Oui ☐ Non
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? ☐ Oui ☐ Non
Te sens-tu triste ou inquiet ? ☐ Oui ☐ Non
Pleures-tu plus souvent ? ☐ Oui ☐ Non
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu n'as faite cette année ? ☐ Oui ☐ Non

AUJOURD'HUI

Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? ☐ Oui ☐ Non
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? ☐ Oui ☐ Non
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? ☐ Oui ☐ Non

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

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 ? ☐ Oui ☐ Non
Es-tu inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? ☐ Oui ☐ Non
(Ce 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.)

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.