



STAGE NATATION à la piscine municipale

Du 23 au 30 octobre, 10h-11h (CE1)

Du 2 au 5 novembre, 10h-11h (CM1-CM2)

Nouvel adhérent

Déjà inscrit

Tarif entre 3 € et 11 €, selon quotient familial



ADHÉRENT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

EMAIL :@.....

PARTICIPANT

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE : F M

REMARQUES (allergies, traitement, etc.) :

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus :

- Autorise l'éducateur sportif à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- Atteste que celui (celle)-ci possède une assurance responsabilité civile (attestation à joindre au dossier)
- M'engage en cas de désistement à prévenir le service des sports 3 jours avant

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM : PRÉNOM :

TÉLÉPHONE : LIEN AVEC L'ENFANT :

J'autorise la Ville à utiliser, imprimer et diffuser des photos et/ou vidéos prises lors du stage dans un cadre promotionnel (magazine municipal, site Internet, reportages, réseaux sociaux, etc.)



QUESTIONNAIRE SANTÉ PRÉALABLE À LA PRATIQUE SPORTIVE

NOM : PRÉNOM :
Tu es : une fille un garçon

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.

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
AUJOURD'HUI		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	OUI	NON
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 ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
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.)		

Si tu as répondu OUI à au moins une des questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine, prenne connaissance du questionnaire rempli et t'établisse un certificat médical pour le sport demandé.

Je soussigné(e) (Nom, prénom), représentant légal de l'enfant mineur (Nom, 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 d'inscription au Cap'sport
Fait à, le /..... /.....
Signature