



FICHE INSCRIPTION JEUNE

Saison 2023 /2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Sexe : F M

Date de naissance : /___/___/_____/

Adresse : _____

CP – Ville : _____

Tel et E-mail de l'enfant (facultatif) :

/___/___/___/___/___/___/ @ _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

PERE NOM : _____ Prénom : _____

Tel : /___/___/___/___/___/___/ Portable : /___/___/___/___/___/___/

E-mail : _____ @ _____

MERE NOM : _____ Prénom : _____

Tel : /___/___/___/___/___/___/ Portable : /___/___/___/___/___/___/

E-mail : _____ @ _____

ADRESSE du père de la mère - si différente de celle de l'enfant –

CADRE RESERVE AU DELEGUE DE SECTION Tennis de Table

Adhésion payée : _____ € par chèque espèce

RESPONSABILITE ET REGLEMENT INTERIEUR

Les enfants sont placés sous la responsabilité des encadrants dans la stricte limite des horaires d'entraînement. Il relève de la responsabilité des parents de s'assurer de la présence de l'entraîneur de leurs enfants en début de séance, ainsi que de veiller à leur prise en charge en fin de séance. En cas d'absence d'un encadrant et d'annulation d'une séance d'entraînement, les enfants concernés **ne peuvent pas être pris en charge par les encadrants d'autres groupes**. En conséquence, pour des raisons évidentes de responsabilité, ainsi que dans le souci de préserver la qualité des entraînements maintenus, **l'accès à l'ESCO- et au matériel qui l'équipe - devra leur être refusé.**

A l'issue de l'entraînement (*rayer la mention inutile)

- J'autorise mon enfant à rentrer seul
- J'autorise les personnes ci-dessous désignées à chercher mon enfant * :

Si je m'oppose à la diffusion de l'image de mon enfant je le signale par écrit au président de l'association

Je m'engage, ainsi que mes parents, à respecter le règlement intérieur (consultable sur le site internet du CSO)

Fait à _____, le ____ / ____ / 20____

Signature (accompagnée de la mention « lu et approuvé ») :

ATTESTATION DE SANTE POUR UN MINEUR

Nom, prénom du licencié

Date de naissance :

Je, soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses négatives à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

Date et signature

Questionnaire de santé pour la pratique sportive des mineurs

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

- Questionnaire Santé – Sport rempli le :

Nom, Prénom : Date de naissance :

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 ? 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.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : _____ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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.		

- Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.
- Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la sans le questionnaire (que vous conserverez)