

### Participant :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Code Postal : .....

Tel : .....

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

(Si oui le préciser) .....

### Représentant légal :

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse (si différente) .....

Ville : .....

Code Postal : .....

Adresse mail : .....

Téléphone : ..... / .....

**Assurance :**     J'atteste avoir répondu NON au questionnaire santé ou à joindre un certificat médical de non contre-indication des pratiques sportives. Je déclare, par la présente, que le participant est apte à pratiquer des activités sportives (sport de raquette, sports collectifs, ...) et qu'il est assuré en responsabilité civile :

**Numéro de responsabilité civile :** ..... **Nom de l'assurance :** .....

**Numéro de sécurité sociale :** .....

**L'enfant est autorisé à rentrer seul :**            **OUI**                    **NON**

### Dates de participation : (merci de cocher les cases où le jeune sera présent)

	LUNDI 22	MARDI 23	MERCREDI 24	JEUDI 25 Défi NATUR'EAU	VENDREDI 26
<b>MATIN</b> 9h-12h	<b>Rdv au Socio</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au Socio</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au Socio</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au stade</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au Socio</b> <input type="checkbox"/>
<b>REPAS</b> 12h-13h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Repas tiré du sac</b> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>APREM</b> 13h30-17h	<b>Rdv au COSEC</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au COSEC</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au COSEC</b> <input type="checkbox"/>	<b>RDV 17h à la piscine</b> <input type="checkbox"/>	<b>Rdv au Socio</b> <input type="checkbox"/>

### Ces activités sont en libre accès. Les jeunes ont la possibilité de quitter l'activité à tout moment.

Les éducateurs ont la possibilité d'exclure un jeune pour mauvais comportement (incivilités, agressivité, écart de langage, insultes,...).

La ville de Sarrebourg décline toute responsabilité en cas de vol ou de détérioration des effets vestimentaires et autres objets laissés par toute personne lors des activités.

Le participant doit avoir obligatoirement un équipement adapté à la pratique des activités proposés, vêtement de sport, basket, ....

### Le représentant légal :

- Autorise les animateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation pendant la durée de l'opération.
- Accepte et autorise sans contrepartie financière le stockage, la reproduction et la diffusion des photographies et enregistrements audiovisuels pour une communication au public sur tous supports, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés.
- Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscription définies dans le présent document.

Fait à ....., le .....

Signature du représentant légal



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser**  oui  non

## 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

## 4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :

## 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 atteste, 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.