

Fiche Inscription

2024/2025

Du 09/09/2024 au 29/06/2025



Accrochez votre
photo ici

1^{ère} inscription

Réinscription

ADHERENT

ENCADRANT

DIRIGEANT / JUGES

NOM : _____ Adresse : _____

PRENOM : _____

Sexe : F / M Date de naissance : _____ CP / Ville : _____

Ecole fréquentée et classe : _____ Téléphone Fixe : _____

Ou Profession : _____ Portable : _____

E-mail : _____

REPRISE DES COURS

LUNDI 09 SEPTEMBRE 2024

SECTION (cochez la ou les sections auxquelles vous souhaitez participer)	FITNESS <input type="checkbox"/>	GR <input type="checkbox"/>	MULTISPORTS <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Adhésion annuelle	<input type="checkbox"/> Adhésion à la carte (section fitness uniquement)			
ACTIVITE	CATEGORIE	JOUR	HEURE	PRIX
TOTAL				
RÉDUCTION (réservé à l'administration) NE PAS REMPLIR				

Une réduction sera appliquée si vous vous inscrivez à plusieurs activités ou si vous êtes plusieurs membres d'une même famille (même foyer). (Se renseigner auprès du secrétariat)

Indiquez votre mode de règlement :

Chèque

Espèces

Virement

ANCV

Bons U (4 maximum)

Bon CAF/MSA

PASS' Sports

TOURNEZ SVP →

Pour les adhérents mineurs :

Autorité parentale Mère Père Tuteur

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone Fixe : _____ Portable : _____

Votre enfant présente-t-il une allergie ? oui non Si oui, laquelle ? _____

Assurance extra-scolaire : _____ Contrat N° : _____

Personne(s) à prévenir en cas d'accident

Père : _____ Mère : _____

Profession : _____ Profession : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Fixe : _____

Portable : _____ Portable : _____

Téléphone travail : _____ Téléphone travail : _____

Email : _____ Email : _____

Autre personne : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

En adhérent à PIEROKAMALI, je reconnais :

- ◇ Avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur de PIEROKAMALI et des sections concernées, de la charte de l'adhérent, de la décharge de responsabilité, ces documents sont disponibles sur le site internet. Je (nous) m'(nous) engage(ons) à respecter les valeurs de l'association ainsi que les différents documents cités ci-dessus.
- ◇ Je m'engage à participer à la vie associative de l'association (manifestations, Assemblée Générale...)
- ◇ Pour les parents de mineurs, leur autorisation donnée à leur enfant de participer aux activités de l'association, leur engagement à valoriser l'implication de leur enfant, leur autorisation à faire soigner leur enfant et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence. Sauf cas de force majeure, l'enfant sera transporté dans le centre hospitalier le plus proche décidé par le SAMU.
- ◇ **Mon/notre engagement à informer le professeur avant la date butoir sur ma/notre présence ou non aux animations de Noël et/ou au spectacle de fin d'année**, et la possibilité de rembourser des frais avancés par l'association pour les tenues du spectacle. Je (nous) m'(nous) engage(ons) à participer à toutes les répétitions nécessaires. En cas d'absences trop répétées, le professeur se réserve le droit de ne pas me/nous compter dans les effectifs du spectacle. Si je/nous ne participe(ons) pas au spectacle, j'assiste aux cours/répétitions.
- ◇ L'adhésion à la l'association implique la saisie des données collectées dans l'application de gestion des activités ainsi que l'envoi de notre lettre d'information.
- ◇ Enfin je suis informé(e) que je pourrais être pris en photo et/ou vidéo dans le cadre des activités proposées par l'association dans le cadre de sa promotion et d'actions de communication (photos, affiches, film technique, Facebook, site internet, etc.). En cas de désaccord afin de préserver mon droit à l'image, j'en informerai par écrit l'association afin qu'aucuns films et/ou photos sur lesquels je figure ne soit publiés.
- ◇ **Aucun remboursement ne sera effectué.** Seuls les désistements liés à un problème grave de santé personnel (sur présentation d'un justificatif) peuvent éventuellement ouvrir droit à un remboursement au prorata des séances non effectuées, et minoré d'un forfait minimum de 35€ et la licence. (sous réserve d'acceptation du Bureau)

Date : _____ Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature des parents pour l'adhérent mineur : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

(à remplir même si les réponses sont négatives)



PIEROKAMALI, association à but non lucratif de loi 1901, vit, organise la saison sportive et vous propose des événements (repas, gala...) uniquement grâce à la participation active de ses bénévoles.

« Le bénévolat, c'est l'art de la gratuité du cœur, du geste et du temps »

« Si le bénévolat n'est pas payé, ce n'est pas parce qu'il ne vaut rien mais parce qu'il n'a pas de prix » (Sheryl Anderson)

Si vous souhaitez participer à la vie du Club de quelque manière que ce soit, n'hésitez pas, vous êtes les bienvenu(e)s !

NOM : _____ PRENOM : _____

ACTIVITE : _____

Nous mettre en contact avec un sponsor / partenaire ✓ Si oui, merci de nous indiquer les coordonnées ci-dessous :	O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/>
NOM & PRENOM DU CONTACT : _____ ENTREPRISE : _____ TEL : _____ MAIL : _____	
Aide pour le stand de Noël au Super U de Malansac (du 20 au 24 décembre 2024) • Préparation de douceurs de Noël (sablés, roses des sables, etc.) • Vente	O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/> O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/>
Être formé(e) au jugement en Gymnastique Rythmique¹ • Tronc commun • Module <ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés A ○ Difficultés B ○ Artistique ○ Exécution 	O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/> O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/> O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/> O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/>
Aide sur le gala de fin d'année (juin 2025, date à confirmer)	O U I <input type="checkbox"/> N O N <input type="checkbox"/>

Les dates exactes vous seront communiquées dès que possible.

¹ Certaines formations sont en e-learning (sur internet, à votre rythme).

CREATION DE LICENCE 2024/2025

ASSOCIATION

COMITE DEPARTEMENTAL

INFORMATION DU LICENCIÉ

NOM Prénom Sexe Masc. Fém.

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Nationalité

Adresse

Code postal Ville

Tél. E-mail

Pour les Mineurs NOM et Prénom du représentant légal

Tél. E-mail

ACTIVITES PRATIQUES DANS MON ASSOCIATION

Etes-vous dirigeant, encadrant ou juge/arbitre dans l'une de ces activités ? (pour licencié de 16 ans ou plus) OUI NONSi OUI, veuillez renseigner **OBLIGATOIREMENT** les champs suivants :

Nom de naissance :

Commune de naissance :

Numéro de département

Si né(e) à l'étranger

Ville de naissance

PAYS

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

 Création de licence Renouvellement de licence

Type de licence :

 AC CA CL AML AMC CD CE

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT FSCF

 Je reconnais (ou mon représentant légal pour les mineurs) avoir pris connaissance du tableau des garanties (l'intégralité de la notice d'information étant téléchargeable sur <http://www.fscf.asso.fr/assurances>). Je déclare adhérer à l'option* : MINI (2,00 €) MIDI* (4,00 €) MAXI* (6,00 €) Je (ou mon représentant légal pour les mineurs) refuse d'adhérer au contrat mais j'atteste avoir été informé(e) et incité(e) par mon association à souscrire cette assurance individuelle accident qui vient compléter mon régime obligatoire.

ATTESTATION DE SANTE / CERTIFICAT MEDICAL ACTIVE EN COMPETITION

MINEURS

Attestation

Je déclare avoir transmis à l'association le talon de mon attestation de santé pour la pratique sportive attestant que toutes mes réponses étaient négatives.

du / /

Certificat Médical

En cas de réponse positive au questionnaire de santé (pour les mineurs), je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

du / /

MAJEURS

Licence compétition

(première licence ou renouvellement 3 ans)

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

du / /

Renouvellement et pratique loisir

Je déclare avoir transmis à l'association le talon de mon attestation de santé pour la pratique sportive attestant que toutes mes réponses étaient négatives.

du / /

DROIT À L'IMAGE / DONNEES PERSONNELLES

Droit à l'image : Je soussigné (ou mon responsable légal pour les mineurs), responsable de la structure mentionnée dans la case "ASSOCIATION" ci-dessus, reconnait l'adhérent pour lequel j'effectue la saisie m'autorise à insérer sa photo d'identité sur sa licence et qu'il autorise la FSCF à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et sur une durée de dix ans à compter de la captation de son image. Je reconnais avoir informé l'adhérent qu'il disposait d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concerne (art.34 de la loi "Informatique et libertés"), soit par son espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Sportive et Culturelle de France. OUI NON

Condition d'utilisation des données : Je soussigné (ou mon responsable légal pour les mineurs), responsable de la structure mentionnée dans la case "ASSOCIATION" ci-dessus, déclare que la personne physique pour le compte de laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO, a pris connaissance de la réglementation fédérale et s'engage à la respecter. OUI NON

Offres de services FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO autorise la FSCF à lui adresser ses offres de services (accès à la formation, séjours jeunesse, développement d'activités, etc.). OUI NON

Offres promotionnelles des partenaires FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO autorise les partenaires de la FSCF à lui adresser des offres promotionnelles. OUI NON

Lettre d'information FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO souhaite recevoir la newsletter fédérale afin de suivre toute l'actualité de la FSCF. OUI NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature du licencié (ou du représentant légal)

Tampon de l'association (ou signature du président)

A

Le

* (Les deux dernières options ouvrant droit à des indemnités journalières en cas de perte de salaire)

Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux associations, comités départementaux, comités régionaux, de la FSCF et, sauf opposition, à nos partenaires. Conformément à la « Loi informatique et liberté » (loi n°78-17) et le règlement européen n°2016/679, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Le demandeur peut exercer ses droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FSCF par mail à « dpo@fscf.asso.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FSCF - D.P.O. 22 rue Oberkampf, 75011 PARIS.

TABLEAUX DES GARANTIES 2024/2025



TABLEAUX DE GARANTIES ACCIDENTS CORPORELS

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	MINI	MIDI	MAXI	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS DÉCÈS Majoration du capital : Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
		5 000 € 5 000 €		
INVALIDITÉ PERMANENTE Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	Franchise relative de 5%
INDEMNITÉ SUITE A COMA Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITÉ TEMPORAIRE	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			NÉANT
Avec une sous-limite de : Frais hospitaliers Chambre particulière	Selon montant légal 30 € / jour, maxi 30 jours			NÉANT NÉANT
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) - Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2) 250 € (2)	350 € (2) 350 € (2)	500 € (2) 500 € (2)	NÉANT NÉANT
- Prothèse auditive, par appareil (forfait) - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)	160 € (2) 160 € (2)			
Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NÉANT
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	2 500 €			
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	1 600 €			15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES	1 600 €			2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	1 600 €			35% d'IPP

(1) GARANTIE MAXIMUM 1 525 000 € EN CAS DE SINISTRE COLLECTIF - (2) CE MONTANT S'ENTEND PAR « SINISTRE ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE » PAR ASSURÉ



TABLEAUX DE GARANTIES ASSISTANCE VOYAGE

NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs) Frais de transport de l'assuré blessé ou malade	Frais réels	NÉANT
Soins médicaux à l'étranger - Frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires	150 000 €	80 €
Prolongation de séjour avant rapatriement - Frais d'hôtel - Frais de transport retour - Rapatriement ou transport sanitaire Frais réels - Retour prématuré Frais réels - Transport et rapatriement du corps Frais réels - Retour des autres personnes Frais réels - Transport d'un membre de la famille Frais réels	80 € / nuit maximum 10 nuits Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	
Frais d'hôtel - Caution pénale - Assistance juridique à l'étranger - Avance de fonds à l'étranger - Aide en cas de perte de documents d'identité - Aide en cas d'annulation ou retard d'avion - Transmission de message urgent - Chauffeur de remplacement - Assistance aux enfants et petits enfants Billet A/R (train ou avion) - Accompagnement psychologique	80 € / jour maximum 10 nuits 15 000 € 1 500 € 500 € GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	NÉANT

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS - 2024/2025

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LA PRISE D'UNE LICENCE SPORTIVE EN LOISIR OU LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE COMPÉTITION FSCF ET/OU L'ADHÉSION À PIEROKAMALI POUR L'ANNÉE 2024-2025

MERCI DE REpondre A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé par OUI ou par NON durant les douze derniers mois

		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
À 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 ?	<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"/>

(NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

Je, soussigné(e) : Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à TOUTES les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant

A
Le

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MINEURS - 2024/2025

ATTESTATION DE SANTE POUR L'OBTENTION OU LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF ET/OU L'ADHESION À PIEROKAMALI À UN MINEUR POUR L'ANNEE 2024-2025

MERCİ DE REPONDRE A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom Prénom
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /

AVERTISSEMENT à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est impératif 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 soit 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 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	Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(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"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu la tête qui tourne pendant l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleures-tu plus souvent ?	<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"/>	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"/>
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"/>	Aujourd'hui	OUI	NON
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<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"/>	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours ou pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 certificat médical. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur 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 au moins une des réponses est positive.

-> Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

Nom du licencié : Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /

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

Date :

Signature

UNIQUEMENT POUR LES ADHÉRENTS MINEURS



NOM : _____ PRENOM : _____

ACTIVITE : _____

DECHARGE DE SORTIE (mineurs) cochez votre / vos choix

J'autorise les personnes nommées ci-après, à venir chercher mon enfant sur le lieu des activités de l'association PIEROKAMALI.

Nom Prénom	Lien de parenté ou autre	Coordonnées téléphoniques

Attention : un enfant doit avoir au moins **10 ans** pour venir chercher son frère et/ou sa sœur.

Et / ou

J'autorise mon enfant (à partir de 8 ans) à quitter seul le lieu des activités de l'association PIEROKAMALI après son activité

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024-2025

1- ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MEDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler, et fournir un PAI)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENTS, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (fournir un PAI si nécessaire)

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ...

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'association et/ou l'encadrant de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.