



# ENTENTE SPORTIVE CHELLOISE

## DEMANDE D'ADHESION 2026 – 2027

Je soussigné Mr, Mme.....  
 Adresse.....  
 N° Téléphone .....Email :.....  
 Autorise mon fils, ma fille.....  
 Né(e) le .....à.....  
 A pratiquer une activité multisports à l'Entente Sportive Chelloise.

A la ..... , le.....  
 Bon pour accord (manuscrit) **Signature des parents ou du responsable**

Remplir cette demande et adresser à:  
**PASCAL LEBASTARD**  
**14 RUE DU CHENE AMOUREUX**  
**35520 LA CHAPPELLE DES FOUGERETZ:**

- **L'autorisation de rentrer seul après la séance**
- **Le Certificat Médical ou de la date de la dernière visite médicale**
- **L'autorisation permettant la dispense des premiers soins médicaux en cas de blessures**
- **Le règlement de l'adhésion de 60 €**

Les informations portées sur ce document font l'objet d'un traitement informatique conformément à la loi n° 78-17 du 6/01/1978 relative « à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » qui peut amener des sollicitations commerciales, sauf oppositions de la part du signataire.

Je soussigné(e).....père/mère de l'enfant ..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Je soussigné(e).....autorise l'association à diffuser les photos de mon fils/ma fille sur les documents sportifs ou communaux.

J'autorise mon fils, ma fille à rentrer seul après **chaque séance**

Je n'autorise pas mon fils, ma fille à rentrer seul après **chaque séance**

### AUTORISATION PREMIERS SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) Mr ou Mme : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Numéro de Sécurité Sociale : .....

Autorise les responsables de l'Entente Sportive Chelloise, à faire pratiquer les soins jugés nécessaires, *par le Corps Médical*,

Pour mon fils, ma fille .....

en cas de blessures survenues lors des séances, auxquelles participera mon enfant pour la saison 2026-2027.

**Signature des Parents.**

J'aviserai par écrit le responsable de tout changement au cours de l'année

**Signature des parents ou du responsable**

CERTIFICAT MEDICAL Oui  Non

QUESTIONNAIRE DE SANTE Oui  Non



# ENTENTE SPORTIVE CHAPELLOISE

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

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"/> Depuis l'année dernière OUI NON	Ton âge : _____ ans	
	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"/>
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"/>
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"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>