



ENTENTE SPORTIVE CHELLOISE

DEMANDE D'ADHESION 2023 – 2024

Je soussigné Mr, Mme.....
 Adresse.....
 N° TéléphoneEmail :.....
 Autorise mon fils, ma fille.....
 Né(e) leà.....
 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 CHAPELLE 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 2023-2024.

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"/>