

FICHE DE RENSEIGNEMENTS | MINEUR



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles en cas d'accident.
(arrêté du 20/02/2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs)

Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

Ce document est confidentiel.

Office Intercommunal des Sports
Pays de Grand-Fougeray

PRATIQUANT

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance _____

École _____ **Classe** _____

Pour que le dossier d'inscription soit complet, il doit contenir :

- la **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** dûment remplie
- l'**ATTESTATION DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ** (ou un **CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION** si nécessaire)
- le **RÈGLEMENT DE LA COTISATION** pour l'activité

RESPONSABLES

RESPONSABLE 1	NOM	_____
	PRÉNOM	_____
	Adresse	_____ _____
	Téléphone	_____
	Mail	_____

RESPONSABLE 2	NOM	_____
	PRÉNOM	_____
	Adresse	_____ _____
	Téléphone	_____
	Mail	_____

ASSURANCES

Nom de l'assuré _____

N° de Sécurité Sociale _____

Caisse d'assurance maladie Mutuelle Pass Sport

Nous vous invitons à vérifier auprès de votre assureur si votre police d'assurance couvre les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé durant les activités.

Le cas échéant, nous vous conseillons vivement de souscrire une assurance extra scolaire

Poids _____

 Traitement permanent

Taille _____

Vaccins

- Diphtérie
- Tétanos
- Polyomélite
- HIB
- Coqueluche
- Hépatite B
- Pneumocoque
- Méningocoque C
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole

Maladies déjà eues

- Varicelle
- Otite
- Scarlatine
- Angine
- Rhumatisme articulaire aigu
- Coqueluche
- Rougeole
- Oreillons
- Rubéole

 Allergies
préciser causes et conduite à tenir Recommandations
(lunettes, appareils, comportement ...)**Personnes autorisées à emmener/ramener le pratiquant**

NOM _____

PRÉNOM _____

Téléphone _____

 J'autorise le pratiquant (mineur) à partir seul du lieu de l'activité

Je soussigné _____, responsable légal du pratiquant, certifie :

- exact tous les renseignements portés sur cette **FICHE DE RENSEIGNEMENTS**
- autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- autorise l'enfant à **participer à l'activité** organisée par l'éducateur de l'OIS PGF.
(le pratiquant sera sous sa responsabilité uniquement pendant le déroulement de la séance)
- autorise l'OIS à **stocker toutes ces données** durant la période d'adhésion.
(aucune de ces données ne sera communiquées à l'extérieur de la structure)
- autorise l'éducateur et l'OIS à **diffuser des photos de l'enfant** dans le cadre de ses outils de communication et d'information.
- avoir lu et accepter la **CHARTRE DU PRATIQUANT DE L'OIS**, et s'engage à la respecter et la faire respecter.
- s'engager à fournir un **DOSSIER COMPLET D'INSCRIPTION**, dans un délai d'un mois après le début de l'activité. Auquel cas l'inscription pourra être rendue nulle par l'OIS.

FAIT À _____

LE _____

SIGNATURE _____

ATTESTATION DE RÉPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pour les pratiquants mineurs, le certificat médical n'est plus obligatoire pour l'obtention ou le renouvellement d'une adhésion à une activité sportive.



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.

Je soussigné, _____

Représentant légal du pratiquant _____

certifie avoir répondu **NON** à toutes les questions formulaire de santé

CERFA n°15699*01, disponible ici :
https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15699_01.do

dans le cadre du **dossier d'inscription** pour une activité proposée par l'OIS pour la saison

FAIT À _____

LE _____

SIGNATURE

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
A 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"/>
<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 attestez, 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.

Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions, il faudra obligatoirement fournir un **CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION** pour valider l'inscription à l'activité