



FICHE D'INSCRIPTION

NOM, Prénom du joueur

Date de naissance

NOM, Prénom du responsable légal

Téléphone

Adresse

Mail

Personnes à prévenir en cas d'urgence

-
-
-
-

Maladies, allergies, choses importantes à savoir

-
-
-
-

COURS COLLECTIFS SQUASH ADULTE

Mercredi 18h30

Mercredi 19h45

ABONNEMENT - 75 mn

(Participation terrains en supplément - Groupe de 3 à 6 personnes maximum)

Saison - 30 séances	<input type="checkbox"/>	300 €
Semestre - 20 séances	<input type="checkbox"/>	240 €
Saison - 1 mercredi sur 2	<input type="checkbox"/>	195 €
Trimestre - 10 séances	<input type="checkbox"/>	140 €
Adhésion	<input type="checkbox"/>	Voir Club
Licence FF Squash	<input type="checkbox"/>	Voir Club

COURS COLLECTIFS SQUASH ENFANT

Mercredi 17h30

ABONNEMENT - 60 mn

(Terrains compris - Groupe de 3 à 6 personnes maximum - à partir de 8 ans jusqu'à 17 ans)

Saison	<input type="checkbox"/>	240 €
Licence FF Squash	<input type="checkbox"/>	Inclus



Je soussigné(e) Mme, Mr, :

.....
Nom, Prénom du responsable légal pour les enfants mineurs

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

- Autorise
- N'autorise pas

l'équipe d'encadrement à utiliser

- Mon image
- L'image de mon enfant (*Enfants Mineurs*)

pour toutes publications et affichages nécessaires à la communication du Club hôte et d'Aptitud'Sports.

Cette autorisation, consentie à titre gratuit, est valable sans limitation de durée et sur tous supports matériels et immatériels sans que la liste ne soit exhaustive (Photo, vidéo, informatique, ...).

AUTORISATION DE SORTIE

(Pour les enfants mineurs uniquement)

Autorise mon enfant à quitter le club seul après la fin de son cours.

N'autorise pas mon enfant à quitter le club seul après la fin de son cours.

Personnes susceptibles de venir chercher mon enfant :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Nom, Prénom :

Signature de l'élève ou du responsable légal

CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE

(A faire remplir par un Médecin)

Je soussigné(e) Docteur,

Docteur en Médecine, certifie que l'examen de :

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Ne relève pas de contre-indiquant à la pratique du Squash ou du Badminton en compétition (*)

Fait à :

Le : /...../.....

(*) Rayez la mention inutile

Cachet et signature du Médecin

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE
OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE
OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES
(ANNEXE II-23, Art. A. 231-3 du code du sport)

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

Il est préférable 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 est 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 de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille un garçon

Ton âge : _____ ans

Depuis l'année dernière	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"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

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"/>

Aujourd'hui

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"/>

Questions à faire remplir par tes parents

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.