

# Bulletin d'adhésion à l'ACES CLUB ARLEQUIN

## QS Sport Mineur

MAIRIE – 35250 - SAINT AUBIN D'AUBIGNE



1ère partie (A conserver par l'association)

Je soussigné(e) : .....

(NOM et prénom de l'adhérent pratiquant l'activité)

Né(e) le : .....

(Date de naissance de l'adhérent)

Demeurant à : .....

(Adresse complète de l'adhérent)

Adresse mail : .....

Téléphone Fixe/Mobile : .....

adhère à la section : .....

pour la saison : .....

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'association. Je déclare m'engager à respecter toutes les obligations qui y figurent.

Je déclare avoir été également informé des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 qui règlemente le droit de communication des données personnelles me concernant dans le fichier des membres de l'association.

Je déclare autoriser le club arlequin à utiliser mon image et mon Nom dans le cadre d'une publication (presse / affichage / exposition / site Web) ayant pour sujet mon activité. J'accorde cette autorisation à titre gracieux.

J'atteste sur l'honneur, avoir répondu « **NON** » à toutes les rubriques du questionnaire de santé : QS Sport Mineur ci-contre : Réf. Arrêté du 07 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur du ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports. Dans la négative je m'engage à fournir un certificat médical dans le mois. Dans l'intervalle, si je pratique l'activité sportive, se sera sous mon entière responsabilité. (A Rayer si sans objet)

Fait et signé à Saint Aubin d'Aubigné le (date) : .....

Règlement de la cotisation :  
Moyens : Chq, Espèces, ANCV : .....  
Montant : .....

Signature de l'Adhérent  
Le pratiquant ou son représentant légal.



« 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

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.

	Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> ans
<b>Depuis l'année dernière</b>	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"/>
<b>Depuis l'année dernière</b>	OUI	NON
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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.

2ème partie (A conserver par l'adhérent)



ACES CLUB ARLEQUIN 4place de la Mairie – 35250 – SAINT AUBIN D'AUBIGNÉ

Reçu de cotisation d'adhésion à la section

pour la saison

de (NOM et Prénom de l'Adhérent) : .....

demeurant à (adresse) : .....

la somme de (Moyen paiement et montant) : .....

A Saint Aubin d'Aubigné le : .....

NOM et Signature du responsable de la section