

fiche d'inscription

A remplir pour chaque élève

MAJEUR
Certificat médical à prévoir

MINEUR
Questionnaire médical à remplir (au dos)



L'ÉLÈVE

NOM(S)			
PRENOM(S)			
DATE DE NAISSANCE			
SEXE	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F	PORT	
EMAIL			
ETABL. SCOLAIRE			
NBRE D'ANNEES DE DANSE			

ADRESSE DE L'ÉLÈVE

ADRESSE			
VILLE	CP		

COMMENTAIRES

Toutes informations concernant l'élève que vous souhaitez porter à la connaissance du professeur de danse (allergie, problème de santé, traitement médical, blessures récentes....)

--

RESPONSABLE LEGAL

NOM(S)			
PRENOM(S)			
EMAIL			
FONCTION	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE	PORT	
PROFESSION			

RESPONSABLE LEGAL

NOM(S)			
PRENOM(S)			
EMAIL			
FONCTION	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE	PORT	
PROFESSION			

AUTRES PERS. VENANT CHERCHER L'ÉLÈVE A LA DANSE

NOM/PRENOM			
FONCTION	<input type="checkbox"/> GD PARENTS <input type="checkbox"/> NOUNOU <input type="checkbox"/> AUTRES		
PORTABLE			

AUTRES PERS. VENANT CHERCHER L'ÉLÈVE A LA DANSE

NOM/PRENOM			
FONCTION	<input type="checkbox"/> GD PARENTS <input type="checkbox"/> NOUNOU <input type="checkbox"/> AUTRES		
PORTABLE			

CHOIX DU COURS	DUREE	COTISATIONS
(SI PAIEMENT AVANT LE 20 JUILLET 2021) RÉDUCTION 3%		
	ADHESION A L'ASSOCIATION	<input type="checkbox"/> 33€ <input type="checkbox"/> 45€ <input type="checkbox"/> 49€
	LICENCE FFD	<input type="checkbox"/> 19€ <input type="checkbox"/> 21€
	TOTAL	

MODE DE REGLEMENT (PLUSIEURS CHOIX POSSIBLES)

- Virement bancaire (paiement en 1, 2 ou 3 fois) : IBAN FR76 3000 3017 6500 0372 7057 242 BIC SOGEFRPP - Attention un premier versement de 30% minimum du montant total pour valider l'inscription. L'intégralité du paiement sera effectué avant les vacances de la Toussaint.
- En chèque(s) (jusqu'à 3 fois) à l'ordre de LES SABLES DANSE
Les chèques sont encaissés tous les 5 du mois sauf le premier à réception. Tous les paiements seront encaissés avant les vacances de la Toussaint
- En chèques vacances ou coupon sport (tout ou partie du total).
- En espèces (tout ou partie du total).

À COCHER IMPÉRATIVEMENT

- Autorise l'élève nommé ci-dessus, agissant en qualité de représentant légal, à participer au(x) cours désigné(s) plus haut et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription.
- Avoir lu et pris connaissance du règlement intérieur (ci-contre) ainsi que les conditions d'annulation et de remboursement (cf. article 4)
- Avoir pris connaissance qu'un spectacle est prévu en avril 2022 (cf. article 11)
- Avoir rempli le questionnaire médical (au dos) et satisfait à la présentation d'un certificat médical en cas de réponse(s) positive(s) à une ou plusieurs questions - Le certificat médical est obligatoire pour les majeurs.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal ou du majeur :
(pensez à cocher les cases ci-dessus)

Questionnaire médical

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.

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.

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(e) 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)	<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"/>
Aujourd'hui	<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"/>
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.