

Madame, Monsieur,

Afin de réduire votre temps d'attente à l'accueil de la MJC CS Coeur de Ranguin, nous vous invitons à imprimer et remplir le bulletin d'inscription aux activités, ci-dessous, ainsi que le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif concerné.

Attention le dépôt de ce dossier rempli et signé doit se faire en main propre à l'accueil de la MJC CS Coeur de Ranguin aux horaires d'ouverture.

La transmission de ce dossier par tout autre moyen ne sera pas recevable.

En vous remerciant pour votre compréhension,
Toute l'équipe de la MJC CS coeur de Ranguin

DOSSIER À IMPRIMER

v



Adhésion : Jeune Individuelle Familiale

Bulletin d'inscription Saison/.....

Nom et Prénom..... Activité.....

Adresse

Ville.....

Date de naissance.....

Téléphone domicile..... Téléphone portable.....

E-mail (en majuscules).....

Numéro allocataire..... Quotient familial.....

J'autorise la MJC Ranguin à consulter CAFPRO pour vérifier mon quotient familial.

Composition familiale :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ACTIVITE MJC

J'autorise la MJC Ranguin à utiliser mon image ou celle de mon (mes) enfant(s) pour une diffusion des représentations photographiques.

Dans le cadre de l'accueil de loisirs, les téléphones portables ne sont pas autorisés.

La MJC Ranguin vous fournit les informations sur ses activités, directement à l'accueil, sur son programme d'activités, ainsi que sur son site internet.

La MJC Ranguin ne peut être tenue responsable des informations et interactions contenues sur des groupes whatsapp ou tout autre réseau social du même type.

Je reconnais avoir lu les modalités d'inscriptions, et qu'aucun remboursement ne sera possible même sur présentation d'un certificat médical. Tout trimestre commencé est dû.

Fait, le.....

Cadre réservé à la MJC

CB Chèque Espèces

Signature.....

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE
L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT 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 <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.