

- Chrono Résa-Encaissement Classeur
- CM scanné Lien hypertexte

Cadre réservé au Centre Aquatique

Carte Guideoz : OK À créer

Certificat médical : OK Déjà fourni Questionnaire

Règlement : Trimestre 1 2 3 Année

- Espèces Chèque CB ANCV Coupons sport
- Prélèvement RIB+SEPA déjà fourni

Date :

Agent :



**Centre Aquatique
du Pays des Achards**

Rue de Bibrou
La Mothe-Achard
85150 Les Achards

NOUS CONTACTER

02 51 38 64 64
centre.aquatique@cc-paysdesachards.fr
www.centreaquatique.cc-paysdesachards.fr

Centre Aquatique du Pays des Achards

Dossier d'inscription ENFANT

USAGER

Civilité : Madame Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Tel : _____ Portable : _____

Mail (*en majuscules*) : _____

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

- J'autorise le Centre Aquatique à m'envoyer des informations importantes par mail
- J'autorise le Centre Aquatique à encaisser mon abonnement en mon absence
- Facture**

Cadre réservé au Centre Aquatique

ENFANTS

Natation

	Jour	Heure		Jour	Heure
Bébés nageurs			Initiation		
			1 2 3		
			Perfectionnement		
Jardin aquatique	4				
	5		Entraînement		

Observations :

Questionnaire de santé

pour les mineurs en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une inscription dans un établissement sportif.

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 ?		
As-tu été opéré (e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
AUJOURD'HUI	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
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)		

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.

RAPPELS

- * **TOUTE ABSENCE DOIT ÊTRE IMPÉRATIVEMENT SIGNALÉE.**
 - * **TOUT ARRÊT DOIT ÊTRE JUSTIFIÉ PAR CERTIFICAT MÉDICAL.**
 - * **COMPENSATION À DÉTERMINER ET À RÉGULARISER DANS LES 2 MOIS DE LA DATE DE REPRISE (HORS CONVENANCE PERSONNELLE).**
- PAS DE REMBOURSEMENT**
- * **TOUTE CARTE PERDUE (GUIDEOZ) SERA FACTURÉE 5 €.**

Signature :