



Fiche d'inscription

Stage Jeunes

Renseignements personnels – Ecrire lisiblement (Lettres Majuscules)

NOM : _____
PRENOM : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Téléphone parents : ____/____/____/____/____
E-mail : ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
(*Bien écrire) _____
Date de Naissance : ____/____/____.
Sexe : (Entourer) Fille - Garçon

Cochez vos disponibilités
sur la période du 26/02 au 1/03

	10h30/12h	14h/15h30h
Lundi 26/02		
Mardi 27		
Mercredi 28		
Jeudi 29		
Vendredi 1		

- L'attestation questionnaire santé* pour la pratique - **Sans attestation le stage est impossible !**
- Une autorisation parentale pour les mineurs
- Avoir renseigné le tableau de disponibilités

Je soussigné(e) _____, représentant légal de _____,
atteste sur l'honneur avoir rempli son questionnaire de santé. Mon enfant ne présente aucune contre-indication
médicale à la pratique de la savate boxe française. Je décharge IMPACTS 33 et ses membres de toutes obligations ou
actions de réclamation relative à toutes blessures que je pourrais subir à l'occasion de ma pratique au sein du club.

J'autorise/Je n'autorise pas IMPACTS 33 à utiliser l'image de mon enfant et son nom sur les médias de
communication pour promouvoir les activités du club sans prétendre à aucune contrepartie financière.

A Bordeaux, le ____/____/____.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Dossier complet à retourner à : yannick.maurey@gmail.com

Autorisation des Parents ou Tuteurs

Je soussigné(e) (*NOM-Prénom du parent*) , domicilié(e) au (*Adresse – CP – Ville*) , déclare donner par la présente l'autorisation à mon enfant (*NOM-Prénom de l'enfant*) de participer au stage de Savate Boxe Française dans la semaine du 26/02/2024 au 1/03/2024. J'autorise l'association ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de blessure et hospitalisation de mon enfant.

J'autorise mon enfant participant au stage à quitter la salle de boxe et rentrer seul(e) après les séances dispensées par le Moniteur d'Impacts 33 (selon les horaires prévues). En aucun cas, je porterai le club et/ou coach responsable de tous événements survenus avant ou après les horaires d'entraînements.

Nom, Prénom, Téléphone des Parents ou Tuteurs. (Rayer la mention inutile)

.....
.....

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente autorisation.

Date : ____/____/____ Signature obligatoire du représentant légal :

Questionnaire de santé

Le questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour participer au stage.

- *Si toutes les réponses sont négatives, il suffit de compléter et présenter l'attestation ci-dessous au club. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé ne doit pas être remis au club.*
- *Si une ou plusieurs réponse(s) est/sont positives, il faut consulter un médecin pour établir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive. Il est utile de lui apporter le questionnaire complété.*

Je soussigné·e M./Mme représentant légal de

[Prénom, NOM, date naissance]

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. Je décharge IMPACTS 33 et ses membres de toutes obligations ou actions de réclamation liée à mon état de santé.

Pour faire valoir ce que de droit,

Date _____

Signature du représentant

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"/>

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
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.