

État de santé du sportif mineur

Vac'enSports

À remplir par l'enfant uniquement si le certificat médical n'est pas fourni

Tu es : une fille un garçon Ton âge :

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) :	OUI	NON
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 :	OUI	NON
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 :	OUI	NON
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 le poids de votre enfant ? 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 ?	<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.
Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Fait à, le,
Signature :

Autorisation parentale

À remplir OBLIGATOIREMENT

Je soussigné(e) M./Mme responsable légal de,

• Autorise en cas d'urgence, les représentants de la Communauté de communes à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux et chirurgicaux qui pourraient s'imposer. oui non

• Autorise seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant le soir. Ces dernières seront munies d'une pièce d'identité et âgées de 18 ans révolus. oui non

• Autorise mon enfant à rentrer seul à l'issue des activités journalières. oui non

• Autorise les prises de vues sur lesquelles pourrait figurer mon enfant par la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq pour sa communication interne et externe sur tous les supports (édition et réseaux sociaux). oui non

Fait à, le,
Signature :

> Fiche d'inscription - Toussaint

Cadre réservé à la gestion

Agent :

Semaine 1 2 3 4

N° de reçu :

Merci de compléter les informations ci-dessous

Identité de l'enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Informations familiales et administratives

Nom et prénom de la mère / du père :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Tél. : _____ Mobile : _____ Professionnel : _____

Courriel :@

Si les parents sont séparés, indiquer les conditions de garde de l'enfant :

Assurance Responsabilité Civile

Nom de l'assurance : N° de contrat :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Personne à contacter en cas d'urgence et d'indisponibilité des représentants légaux

Nom : Prénom :

Qualité :

Tél. : _____ Mobile : _____ Professionnel : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (18 ans minimum)

Nom : Prénom :

Qualité : Tél. : _____

Nom : Prénom :

Qualité : Tél. : _____

Nom : Prénom :

Qualité : Tél. : _____

Cocher la case correspondante

Dates - horaires de 9 h 30 à 17 h

Semaine 1 > du 23 au 27 octobre (5 jours)

Semaine 2 > du 30 octobre au 3 novembre (4 jours)

Tarifs

	Habitants du Pays de l'Ourcq			Habitants hors Pays de l'Ourcq		
	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant
Semaine (5 jours)	54 €	47,40 €	39 €	65 €	56,50 €	47 €
Semaine (4 jours)	43,30 €	37,60 €	31,40 €	52 €	45 €	37,50 €

Une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire) et un justificatif de domicile vous seront demandés (facture EDF, téléphone...).

Règlement

- Espèce
- Chèque à l'ordre de « Régie de recettes Sports »
- Carte bleue
- Coupon sport

Informations

- Accès uniquement pour la période et l'horaire indiqués ci-dessus.
- Inscription à l'accueil de la piscine (1, avenue Louis Delahaye à Ocquerre) aux horaires suivants : lundi 12 h 15-13 h 30, mardi 17 h-19 h, mercredi 10 h-12 h / 14 h-17 h, jeudi 12 h 15-13 h 30 et vendredi 17 h-19 h 30.
- Respect des horaires en raison du caractère collectif de l'activité.
- Tout manquement au règlement de l'établissement entraînera une exclusion de l'activité.
- Repas froid fourni par les familles.
- En cas d'annulation d'un stage par la Communauté de communes, le remboursement ne pourra se faire que sur présentation du reçu.
- 20 places maximum par semaine.

Documents à fournir

- Fiche d'inscription dûment remplie (Fiche sanitaire et autorisation parentale).
- Certificat médical de non contre-indication aux activités sportives année scolaire 2023/2024 ou répondre au questionnaire « État de santé du sportif mineur » se trouvant en dernière page.
- Attestation d'assurance extra-scolaire en cours de validité.
- Test d'aisance aquatique obligatoire.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE SERA PAS PRIS EN COMPTE.**

Les informations recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement informatisé pour gérer votre inscription à cette activité. Elles sont conservées pendant 12 mois et sont destinées au service sport du Pays de l'Ourcq. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq, 2 avenue Louis Delahaye, 77440 OCQUERRE ou rgpd@paysdelourcq.fr.

Vac'enSports



> Fiche sanitaire

À remplir OBLIGATOIREMENT

Médecin traitant

Nom du médecin :

Adresse :

Code Postal : _____ Ville :

Allergies médicamenteuses : Non Oui, lesquelles :

Allergies alimentaires : Non Oui, lesquelles :

Allergies respiratoires : Non Oui, lesquelles :

Autres allergies : Non Oui, lesquelles :

Vaccins*	Oui	Non	Derniers rappels	
Diphtérie				
Tétanos				
Poliomyélite				
DT Polio				
Tétra Coq				
BCG				
Monotest				
ROR				
Coqueluche				
Méningite				

*Remplir le tableau ou joindre la copie du carnet de vaccination

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui, lequel :

Autres difficultés éventuelles de santé (Retrait de lunettes en cas de sport, appareil dentaire...) :

.....
.....
.....

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à transmettre toute modification de situation au service concerné.

Fait à, le

Signature :