

# ÉCOLE MULTISPORTS DU PAYS DE L'OURCQ

INSCRIPTION POUR LA SAISON 2023-24

## L'ENFANT

Nom Prénom  
Date de naissance Lieu de naissance

## LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

### Représentant 1

Nom Prénom  
Adresse  
Code Postal Ville  
Tél. Courriel

### Représentant 2

Nom Prénom  
Adresse  
Code Postal Ville  
Tél. Courriel

## LES TARIFS

	1 <sup>re</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant et + (*)	1 <sup>re</sup> enfant	2 <sup>e</sup> enfant et + (*)
3/5 ans	90 €	81 €	100 €	90 €
6/12 ans	95 €	85,50 €	105 €	94,50 €

(\*) au sein d'une même famille ou pour une même personne.

Usagers du Pays de l'Ourcq / Hors Pays de l'Ourcq

### Personne-s habilitée-s à venir chercher l'enfant (parents, grands-parents...)

Nom Prénom  
Nom Prénom  
Nom Prénom

## ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Nom de l'assurance  
N° de contrat  
Adresse  
Code Postal Ville

## LA FICHE SANITAIRE (OBLIGATOIRE)

Nom du médecin traitant

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  
gage à transmettre toute modification de situation au service concerné.

certifie l'exactitude des informations fournies et m'en-

Fait à

le  
Signature

# LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (SI PAS DE CERTIFICAT MÉDICAL DE MOINS DE 3 ANS)

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 ?

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 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)

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

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

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 le poids de votre enfant ? 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 ?

**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

Je soussigné.e  
responsable légale de l'enfant

Autorise seulement les personnes habilitées à récupérer mon enfant après l'activité.

Autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité.

Autorise en cas d'urgence les représentants de la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq à prendre toutes les dispositions utiles, après avis des secours, les soins médicaux ou toutes interventions jugées utiles pour l'enfant.

J'autorise la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq à emmener mon enfant dans le cadre d'activités proposées, lors de déplacements à pieds ou en autocar.

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 (print et réseaux sociaux).

Fait à

le  
Signature

IMPRIMEZ LE FORMULAIRE (OU L'ENVOYEZ À [SPORT@PAYSDEL'OURCQ.FR](mailto:SPORT@PAYSDEL'OURCQ.FR))

Imprimez le formulaire

*Ces prises de vue ne pourront être ni vendues, ni utilisées à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus.  
Conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le libre accès aux documents établis par la Communauté de communes du Pays de l'Ourcq est garanti, de même que le droit de retrait.*