



Informations enfant

Nom			Prénom					
Né.e le								
Licence FFS	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, numéro de licence 2022-2023 :					
Location matériel	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>	Passage de test	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>			
Niveau acquis	Débutant <input checked="" type="checkbox"/>	Flocon <input checked="" type="checkbox"/>	1 ^{re} étoile <input checked="" type="checkbox"/>	2 ^e étoile <input checked="" type="checkbox"/>	3 ^e étoile <input checked="" type="checkbox"/>	☆ Bronze <input checked="" type="checkbox"/>	☆ Or <input checked="" type="checkbox"/>	Flèche <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Pour sa communication interne et externe, Pyrénéa sports fait des photos et vidéos. Jamais le nom d'un ou plusieurs enfants n'est associé et/ou inscrit sur les photos, publications ou articles diffusés. En cochant cette case, je refuse que l'image de mon enfant soit utilisée par l'association Pyrénéa Sports (site internet, réseaux sociaux, brochures).								

Informations et autorisation responsables légaux

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
CP Ville		CP Ville	
Tél Mobile		Tél Mobile	
Email		Email	
Je soussigné(e) _____, autorise mon enfant			
à adhérer à l'association Pyrénéa Sports et à participer aux activités proposées OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>			
à être pris en charge médicalement (Pompiers, SAMU ...) en cas d'urgence OUI <input type="radio"/> NON <input type="radio"/>			
L'adhésion à Pyrénéa Sports vaut engagement à respecter les statuts et les règlements internes de l'association.			

Certificat médical et fiche sanitaire de liaison

- Je réponds au questionnaire de santé (cf pages 3 et 4),
 - Je complète la fiche sanitaire de liaison (cf pages 5 et 6)
 - Je joins la photocopie des pages vaccination du carnet de santé.

L'adhésion comprend 4 parties (page 2 de ce bulletin)	TOTAL à régler (report de la page 2)	0,00 €
A : Tarif séjour B : Adhésion Club C : Licence et assurance FFS D : Location E : Test (flocon, étoile, flèche, chamois...)	Le _____, à _____	
	Signature de l'adhérent (du responsable légal pour les mineurs)	

ZONE RÉSERVÉE AU SECRÉTARIAT DU CLUB - MERCI DE NE RIEN INSCRIRE

N° Adhérent	Fédération	N° Licence	Règlement	Date saisie Licence



STAGE SKI ALPIN 2023

BULLETIN D'INSCRIPTION (payable en 2 fois : Janvier, Février)

A - Séjour		
• Enfant	320,00 €	<input type="checkbox"/>
• Enfant de moniteur	285,00 €	<input type="checkbox"/>

B - Adhésion Club - uniquement pour les non-adhérents à l'année		
• Enfant - de 18 ans	40,00 €	<input type="checkbox"/>

C - Licence FFS enfants - uniquement pour les non licenciés 2022-2023		
Carte Neige Loisir Jeune - né(e) en 2008 et après - Base (RC)	38,00 €	<input type="checkbox"/>
Carte Neige Loisir Jeune - né(e) en 2008 et après - Primo	51,60 €	<input type="checkbox"/>
Carte Neige Loisir Jeune - né(e) en 2003 et après - Medium	61,10 €	<input type="checkbox"/>
Cotisation comité région - obligatoire pour toutes licences	2,00 €	<input type="checkbox"/>

D - Location Ski - batons - chaussures - casque		
Location 5 jours	60 €	<input type="checkbox"/>

E - Passage de test (flocon, étoile, flèche, chamois...) - non obligatoire		
Epreuve	16 €	<input type="checkbox"/>

RÉCAPITULATIF	
A Saison	0
B Adhésion Club	0
C Licence et assurance	0.00€
D Location	0.00€
E Test	0.00€
TOTAL reporté en page 1	



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

En vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence carte neige ou de l'inscription à une compétition sportive

Attention, ce questionnaire de santé n'est pas applicable pour la pratique du biathlon (pour laquelle le certificat médical est obligatoire)

<u>Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :</u>		
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 : ___ 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"/>
Êtes-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.		

Attention, même en cas de réponse négative à l'ensemble des questions, ce questionnaire ne doit pas être transmis au club ou à l'organisateur.

Le club ou l'organisateur ne doit conserver qu'une attestation du/des titulaire(s) de l'autorité parentale (via le feuillet détachable de la notice licence ou une attestation propre).



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :
Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____
Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS
