

# FICHE D'INSCRIPTION HIPPOCAMPES

## SEPTEMBRE 2025 à JUIN 2026

ACTIVITES : Mettre une croix

|                                                               |       |                                                            |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>PERISCOLAIRE</b>                  | et/ou | <input type="checkbox"/> <b>EXTRASCOLAIRE</b>              | <input type="checkbox"/> <b>ACCUEIL DE LOISIRS HIPPOCAMPES : Mercredi</b><br>Début le ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>TOUSSAINT</b> : Du ..... au ..... |       | <input type="checkbox"/> <b>NOËL</b> : Du ..... au .....   |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>CARNAVAL</b> : Du ..... au .....  |       | <input type="checkbox"/> <b>PÂQUES</b> : Du ..... au ..... |                                                                                             |

### PARTICIPANT (merci d'écrire en majuscules)

Nom.....  
 Prénom..... Ecole : ☐ Publique ☐ Privée  
 Date de naissance..... /..... /..... Âge.....

### COORDONNEES DES PARENTS/TUTEURS

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Mme/M.                | Mme/M.                |
| Nom.....              | Nom.....              |
| Prénom.....           | Prénom.....           |
| Lien de parenté.....  | Lien de parenté.....  |
| Adresse.....          |                       |
| CP : .....            | Ville : .....         |
| Tél. portable : ..... | Tél. portable : ..... |
| Tél. domicile : ..... | Tél. domicile : ..... |
| Tél. bureau : .....   | Tél. bureau : .....   |
| Courriel : .....      | Courriel : .....      |

Je soussigné(e)..... responsable légal du mineur inscrit, atteste sur l'honneur :

- Avoir pris connaissance du règlement intérieur, du Plan d'organisation des Secours et de la Sécurité (POSS)\*, et déclare accepter tous les articles sans réserve.
- Certifié que l'enfant est détenteur d'une assurance extra-scolaire valable jusqu'au 30 juin 2026.
- Etre en bonne santé physique pour une pratique de loisirs au sein de notre établissement (pas de pratique de compétition)
- Avoir joint à l'inscription un certificat médical ou un questionnaire médical attestant de ma bonne condition physique.
- Autorise, sans réserve, Le SIPGAP LE SYNDICAT INTERCOMMUNAL DE LA PISCINE ABYMES - GOSIER- POINTE A PITRE à disposer des images fixes ou en mouvement me représentant ou représentant le ou les mineur(s) dont je suis responsable. Cette autorisation gracieuse vaut pour le monde entier et sans limite de durée. Par la présente, je reconnais ne pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de mon image.
- La véracité des renseignements et informations ci-dessus ; toute fausse déclaration donnera lieu à l'exclusion immédiate.

\* Ces documents sont consultables à l'accueil de l'établissement et sur le site internet piscineinterco.com

Lu et approuvé, Le .....

Dossier suivi par :

# QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES AU SIPGAP HIPPOCAMPES

**SEPTEMBRE 2025 A JUIN 2026**

Le certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive peut-être remplacé par un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur.

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.

NOM et Prénom : .....

Nom de l'activité : ..... Horaires.....

**Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour votre activité.**

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.

| <b>REPONDEZ AUX QUESTIONS EN COCHANT OUI ou<br/>NON DEPUIS LE DERNIER CERTIFICAT MEDICAL<br/>INITIAL</b> | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                           |            |            |
| 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 ?                                                    |            |            |

|                                                                                                                                                                                                                         | OUI | NON |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                         |     |     |
| As-tu commencé à prendre 1 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 ?                                                                                                                                          |     |     |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                     |     |     |
| 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 ?                                                                                                                     |     |     |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                      |     |     |
| 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 ?                                                                                                                                                       |     |     |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                        |     |     |
| 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 ?                                                                              |     |     |
| 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 ?<br>(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.                |     |     |
| Si tu as répondu NON à toutes les réponses, et que ton dernier certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive date de moins de 1 an, tu n'as pas besoin de fournir un nouveau certificat médical.   |     |     |

**Je certifie avoir lu et compris les questions ci-dessus et pouvoir attester que mes réponses sont exactes. Je reconnais avoir été averti(e) que toute déclaration inexacte engage ma responsabilité et dégage celle des dirigeants de la structure au sein de laquelle je vais pratiquer les activités aquatiques.**

Date : ..... Signature :