



FICHE D'INSCRIPTION MINEUR

SEPTEMBRE 2024 A JUIN 2025

ACTIVITES : Mettre une croix

COURS BEBE-NAGEUR		COURS ENFANT	
PREPA CONCOURS		ACCUEIL DE LOISIRS HIPPOCAMPES	
		ATTESTATION	

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. domicile :..... Tél. bureau :.....
Courriel :.....

Je soussigné(e)..... responsable légal(e) 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 2024.
- 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 pleinement et irrévocablement 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

Un badge d'accès sera remis à chaque abonné, hors HIPPOCAMPES. En cas de perte, celui-ci sera facturé 3€ (badge + frais de gestion).

Lu et approuvé, Le
Signature



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Pollomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCCG					

SIL'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 AIGU	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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	MÉDICAMENTEUSES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	ALIMENTAIRES	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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 LUNETTES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5. RESPONSABLE LÉgal DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____
 ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____
 N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____
 NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

Je soussigné, 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

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

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES AU SIPGAP

MINEUR

SEPTEMBRE 2024 A JUIN 2025

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 de l'enfant :

Nom de l'activité : Date de séjour :

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.

REPONDEZ AUX QUESTIONS EN COCHANT OUI ou NON DEPUIS LE DERNIER CERTIFICAT MEDICAL INITIAL	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
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 ?		



QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES AU SIPGAP

NOM et Prénom :

MINEUR

	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 ?		
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 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 ? (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 :



Timoun an dlola Les HIPPOCAMPES

Décharge de responsabilité

Je, soussigné(e)
En ma qualité de responsable légal ou tuteur, autorise l'enfant / les enfants :

NOM, Prénom :	né(e) le	/	/
NOM, Prénom :	né(e) le	/	/
NOM, Prénom :	né(e) le	/	/

À quitter :

→ L'accueil périscolaire	→ le centre de loisirs
--------------------------	------------------------

De façon :

→ Exceptionnelle	le	/	/	à h
→ Régulière tous les				à h
Jusqu'au.....					

Et partira :

<input type="checkbox"/> Seul ou avec un autre enfant
<input type="checkbox"/> En compagnie de l'adulte suivant

À ce titre, je reconnais que les enfants ne sont plus sous la responsabilité de l'équipe d'animation à partir de l'heure indiquée ci-dessus et que la responsabilité de l'ALSH Timoun an dlola les HIPPOCAMPES du SIPGAP, ne saurait être engagée en cas d'incident ou accident qui surviendrait suite à ce départ.

Fait à le

signature :



ALSH TIMOUN AN DLOLA LES HIPPOCAMPES

Autorisation ponctuelle pour récupérer un enfant
Périscolaire ou extrascolaire

2024 - 2025

Je soussigné(e), (Nom, Prénom) :.....

Parent de l'enfant, (Nom, Prénom) :.....

Autorise Mme Mr (Nom, Prénom)

A récupérer mon enfant le : (date) à (heure)

Date.....

Signature :.....