

FIT'N DANCE 67 (mineurs)

Lieu des cours : 10 rue Sainte Agnès, 67100 Strasbourg

Lieu des cours : salle C espace KLEIN, rue des Vergers 67610 La Wantzenau

Pour votre inscription, merci de nous fournir les éléments suivants dans une enveloppe dédiée et fermée :

- ce formulaire dûment complété.
- votre règlement.
- un certificat médical si vous avez répondu oui à une ou plusieurs question du questionnaire de santé

PS : Le questionnaire de santé est à compléter et à conserver. (ne pas le mettre dans l'enveloppe)

Vous pourrez remettre votre enveloppe lors d'un cours,

ou l'envoyer à l'adresse suivante : Fit'n dance 67, 7 rue Notre Dame 67610 La Wantzenau.

La saison 2024/2025 – Début des cours le lundi 2 septembre 2024 – Fin le samedi 29 juin 2025

Pas de cours : les jours fériés, vacances de Noël, et en cas d'indisponibilité du foyer

Coordonnées du participant

Nom..... Prénom.....Date de naissance..... /...../.....

Adresse complète.....

Code postal..... Ville.....

Tel :..... Mail.....

Je souhaite participer au cours **ville.....** **Jour.....** **Heure.....**

en espèces 210€

en un chèque de 210€

en 3 chèques 3x 70€ (encaissement au 8 septembre, au 8 oct, et au 8 nov 2024)

(Chèques à l'ordre de **Fit'n dance 67**, à la date du jour où vous les écrivez.)

Les réservations de cours sont obligatoires et se font sur l'appli SPORTIGO

EMAIL A UTILISER POUR LE COMPTE DE RESERVATION SUR SPORTIGO :.....

L'assurance PACK Association (auquel fit'n dance a souscrit) couvre l'association et ses adhérents si l'association est responsable d'un dommage. Cependant si la personne se blesse elle-même et qu'elle n'a pas souscrit une assurance activité à titre personnel, elle ne sera pas assurée. (Article L321-4)

AleSignature du représentant légal :

(précédée de la mention : « lu et approuvé »)

Représentant légal :

nom prénom

adresse

mail

tél. en cas d'urgence

nom prénom

adresse

mail

tél. en cas d'urgence

Je soussigné(e) représentant légal de l'enfant

donne pouvoir à l'éducateur de prendre en mon nom, toute décision qu'il jugera utile concernant le mineur cité en cas d'urgence notamment en cas d'accident. La présente autorisation vaut pour les séances ou activités effectués dans le cadre des activités de l'association.

N° de Sécurité sociale :

Contre-indications médicales ou allergies connues :

Certif ou pas :

Je, soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses **négatives à toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.

Droit à l'image autorisée pour affichage interne, le site internet, facebook et insta.

Mon enfant est susceptible de se rendre seul(e) aux cours

Mon enfant **peut partir seul(e)** du foyer à la fin du cours

AleSignature du représentant légal :

(précédée de la mention : « lu et approuvé »)

Questionnaire de santé pour la pratique

Nom, Prénom : Date de naissance : Date :

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-ildécédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-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 13ans 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 quelsport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.		

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.

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 demauvaises 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)	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"/>

-Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical à fournir. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur attestent auprès de la fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, elles sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de six mois.

-Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de certificat médical à fournir.