

**Une vision non suivie d'action ne débouche sur rien
Une action dépourvue de vision n'est que passe-temps
Une vision porteuse d'action peut changer le monde.**

Nelson Mandela...



Je désire adhérer à LA PASSERELLE SAINT MARCELLOISE section Basket-Ball comme membre sportif pour la saison 2023 - 2024.

JE JOINS

- **MON RÈGLEMENT DE 30 EUROS**
- **UN CERTIFICAT MÉDICAL OU CERFA SI MOINS DE 3 ANS.**
- **UNE FICHE SANITAIRE**
- **UNE AUTORISATION DE DROIT À L'IMAGE**
- **COPIE DE LA CARTE D'IDENTITÉ OU DU PASSEPORT**

Nom et Prénom :

.....

Date de naissance :

__ / __ / ____

Adresse :

.....
.....

N° Téléphone :

.....

Mail :

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

L'association LA PASSERELLE dégage sa responsabilité en cas de vol ou de perte de bien personnel.

SIGNATURE :



Droit à l'image



Je soussigné :

Autorise

N'autorise pas

L'association LA PASSERELLE SAINT MARCELLOISE à diffuser sur son site internet et ses réseaux sociaux la ou les images me représentant.

Fait à :

Le :

Signature :



<h1>FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2023</h1>	1 - ENFANT	
	NOM :	
	PRÉNOM :	
	DATE DE NAISSANCE :	
GARÇON <input type="checkbox"/>		FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR / LES ACTIVITES 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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Genevac	
Ou Tétracoq				Meningitec	
BCG				Pentavac	
Infanrix				Prevenar	
Engérix				Autres (préciser)	
Priorix					
Revaxis					

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

Joindre une photocopie des vaccinations.

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour / les activités ? 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*)

Le traitement sera remis à l'équipe d'animateurs au moment du départ

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)..... ..

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU/PORTABLE :

Père / mère / tuteur : TÉL. FIXE DOMICILE : BUREAU/PORTABLE :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

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

RUBÉOLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		VARICELLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		ANGINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		SCARLATINE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N	
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
COQUELUCHE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		OTITE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		ROUGEOLE <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N		OREILLONS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">OU</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">NO</td> <td style="width: 25%;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td></td> <td style="text-align: center;">N</td> <td></td> </tr> </table>	OU		NO	N	I		N										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										
OU		NO	N																																									
I		N																																										

ALLERGIES

ASTHME Oui Non

MEDICAMENTEUSE Oui Non

AUTRES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

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

.....

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

.....

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

D'ordre médical (port de lunettes, lentilles de contact, prothèse auditives, dentaires, etc...) :

.....

D'ordre général (régime alimentaires spécifique, comportement, etc...) :

.....

6 – DIVERS

Au cas où vous ne seriez vous-même pas joignable pendant la durée des activités / du séjour de votre enfant, pouvez-vous indiquer la/les personne(s) à joindre en cas de problème (nom, adresse et numéro de téléphone).

.....

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Date :

Signature :



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.