



SECTION
ENFANTS
MULTISPORTS



Bulletin d'adhésion Saison 2024/2025

Enfant (à compléter en MAJUSCULE) **Première inscription** ou **Ré inscription**

Nom :

Prénom :

Garçon Fille

Date de naissance :

Adresse :

.....

Site :

Jesse Owens
(MERCREDI)

Léo Lagrange
(samedi)

Rol Tanguy
(samedi)

13H30

10H00

09H15

15H00

11h00

10H15

16H00

11h15

13H30

15H00

Représentant légal (à compléter en MAJUSCULE)

Parent 1 :

Nom :

Prénom :

Tél. fixe :

Portable :

E-mail :

Parent 2 :

Nom :

Prénom :

Tél. fixe :

Portable :

E-mail :

Je soussigné(e)....., après avoir pris connaissance des modalités d'adhésion, du règlement intérieur de la section, désire adhérer au RED STAR CLUB DE CHAMPIGNY, section enfants multisports. Votre adhésion représente votre participation au fonctionnement de la section que vous avez choisie. En conséquence, vous n'achetez pas un droit de pratiquer mais vous contribuez à un projet associatif global.

Par cette adhésion vous reconnaissez ne pas pouvoir bénéficier d'un remboursement de cours qui ne pourraient être effectués du fait de la mise en place d'un confinement décidé par le gouvernement, d'un déménagement ou toutes autres causes.

J'autorise mon enfant à rentrer seul (e) :

OUI NON

J'autorise le RSCC SEM à utiliser mon image ou celle de mon enfant pour une utilisation de promotion interne au club (calendrier, site web ou page Facebook du club)

OUI NON

J'autorise les responsables du groupe de mon enfant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence, y compris le transport de mon enfant à l'hôpital le plus proche.

Date :

Signature du représentant légal



SECTION
ENFANTS
MULTISPORTS



FICHE TRESORERIE SAISON 2024/2025

1 fiche par famille - L'inscription ne sera enregistrée que dossier complet

1^{er} adhérent :

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance :

2^{ème} adhérent

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance :

3^{ème} adhérent

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance :

Site de pratique :

Jour :

Horaire :

Site de pratique :

Jour :

Horaire :

Site de pratique :

Jour :

Horaire :

Adhérent ou Représentant légal de l'adhérent mineur (à compléter en MAJUSCULE)

Nom :

Adresse :

Prénom :

Tel Fixe :

Portable :

Email :

Nom sur le chèque et téléphone portable si différent

Cadre réservé à la section :

Bulletin d'adhésion complété et signé

OUI

NON

Certificat médical autorisant la pratique de la multi-activité

OUI

NON

1 photo d'identité

OUI

NON

A Demande facture pour CE

OUI

NON

Formulaire CAF à retourner

OUI

NON

Total Adhésion : €

Total Remises : €

Total à régler pour l'adhésion de la famille : €

Règlement effectué par :

Espèce

€

Chèque(s)

€ N° au 30/10/24

ANCV

€

€ N° au 30/11/24

Coupon Sport

€

€ N° au 30/12/24

Pass'Sport

Chèque Caution

€ N°

N°

Pass'Sport est à imprimer et nous remettre. Un chèque de caution du montant du Pass'Sport sera exigé, il vous sera restitué une fois le montant réglé par l'état.

Dossier enregistré par :

**QUESTIONNAIRE RELATIF A L ETAT DE SANTE D'UN MINEUR
SOUHAITANT UNE INSCRIPTION AUX ACTIVITES SPORTIVES PROPOSEES
PAR LA SECTION ENFANT MULTISPORT**

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 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"/>		Ta date de naissance	
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 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-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 beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu 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"/>
<u>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) :</u>			
Te sens-tu 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"/>
<u>Aujourd'hui :</u>			
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"/>
<u>Questions à remplir par tes parents :</u>			
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"/>
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 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, donnes-lui ce questionnaire rempli.

Je soussigné (e)en qualité de représentant légal de l'enfant

....., atteste qu'il a renseigné le questionnaire ci-dessus et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait le :

Signature