



## DOSSIER D'INSCRIPTION BABY SPORTS

**Voici la liste des pièces à joindre au dossier pour l'inscription pour qu'il soit complet.**

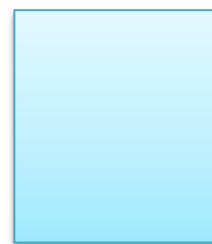
- Dossier complété
- Attestation pour la pratique d'activités sportives ci-jointe
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA
- Photocopie d'assurance extrascolaire
- Paiement : chèque à l'ordre de « Régie de recettes CDC Aunis Atlantique »  
Il est également possible de régler en chèques vacances.

**→ Pas de réservation sans un dossier complet.**

# FICHE ENFANT

## ENFANT

Nom : Prénom :  
Age : Sexe :  
Etablissement scolaire et classe :  
Nationalité : Né(e) le :  
Taille :  
Poids : Pointure :



## PARENTS

Nom et Prénom parent 1 : Nom et prénom parent 2 :  
Adresse : Adresse :  
Né le : à : Né(e) le : à :  
Nationalité : Nationalité :  
Tél 1 : Tél 1 :  
Tél pro : Tél pro :  
E-mail: E-mail :  
N° allocataire CAF : N° allocataire CAF :  
Profession : Profession :  
Autorité parentale : oui non Autorité parentale : oui non

## PERSONNES AUTORISEES ET A CONTACTER

Nom Prénom :  
Adresse :  
Tel 1 : Lien de famille :

Nom : Prénom :  
Adresse :  
Tel 1 : Lien de famille :

Nous soussignés, Madame et Monsieur

- Autorise(nt) les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation d'une pièce d'identité

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1/2)

Cerfa  
N°10008\*02

<b>ENFANT</b>	
<b>Nom :</b>	<b>Date de Naissance :</b>
<b>Prénom :</b>	Garçon <input type="checkbox"/> Fille : <input type="checkbox"/>

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous munir de son carnet de santé.

## **VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des rappels	Vaccins recommandés	Dates des vaccins
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

→ Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boite marquée au nom de l'enfant avec notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnances**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes,

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Rhumatisme articulaire aigu
Oui   non	Oui   non	Oui   non	Oui   non	
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Oui   non
Oui   non	Oui   non	Oui   non	Oui   non	

**ALLERGIES** : Asthme                    oui   non  
                  Alimentaires                    oui   non

Médicamenteuses : oui   non  
Autres :

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :**



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE  
Pass'Sports Vacances  
200 rue de la Juillerie -17170 Ferrières  
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunisolatlantique.fr

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (2/2)

Cerfa  
N°10008\*02

**ENFANT**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de Naissance :**

Garçon  Fille :

**Nom et téléphone du médecin traitant :**

**INDIQUEZ CI-APRES :**

**Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation.....) en précisant les dates et les précautions à prendre.**

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :**

**Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses auditives, .....Précisez :**

**Je soussigné** **responsable légal de l'enfant, déclare**  
**exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsable du séjour à prendre, le cas échéant,**  
**toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de**  
**mon enfant.**

**Date :**

**Signature :**



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE  
Pass'Sports Vacances  
200 rue de la Juillerie -17170 Ferrières  
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunislantique.fr

# AUTORISATIONS (1/2)

Enfant :  
Père :  
Mère :

## AUTORISATION DE CONSULTER LE SITE CAF CDAP

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) la direction à consulter mon/notre dossier allocataire CAF sur le portail CDAP afin d'accéder directement aux informations à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A :                      Le :                      Mention « lu et approuvé »  
Signature des parents

## AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) mon/notre enfant à participer aux sorties organisées par la structure et à effectuer les trajets liés à l'activité Pass'Sports Vacances dans les véhicules appartenant à la Communauté de Communes.

A :                      Le :                      Mention « lu et approuvé »  
Signature des parents

## AUTORISATION DE TRANSPORTS EN COMMUN

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) mon/notre enfant prendre un moyen de transport en commun si une activité le nécessite.

A :                      Le :                      Mention « lu et approuvé »  
Signature des parents





# ATTESTATION MÉDICALE

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

EN VUE DE LA PRATIQUE SPORTIVE ET DE L'INSCRIPTION AU PASS SPORT VACANCES

CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST CONFORME A L'[ARTICLE 2 DE L'ARRÊTÉ DU 7 MAI 2021](#)

Information 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 toutes et 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. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ..... ans	
	OUI	NON
<b>Depuis l'année dernière</b>		
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 l'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"/>

<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
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"/>
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de pratiquer 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"/>
<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-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 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, montre-lui ce questionnaire de santé rempli.

**SI TU AS RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS**, tu n'as pas besoin de présenter un certificat médical lors de ton inscription. Tu peux donc pratiquer une ou plusieurs activités sportives de ton choix, à l'exception de certaines activités sportives à contraintes particulières pour lesquelles un certificat médical reste nécessaire. Pour connaître la liste de ces activités renseigne-toi auprès de ton club.

**CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT PERSONNEL.**



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE  
 Pass'Sports Vacances  
 200 rue de la Juillerie -17170 Ferrières  
 05 46 68 92 93 – pass-sports@aunisatlantique.fr