



FICHE D'INSCRIPTION



NOM :
PRENOM :
AGE :
TEL :

COURS COLLECTIFS KIDS

COURS ADULTES

MERCREDI / SAMEDI / DIMANCHE

9H15-10H
PITCHOUNS
4/5ANS

10H15-11H15
6/10ANS
TOUS NIVEAUX

11H30-12H30
+ DE 10ANS
TOUS NIVEAUX

13H-14H
TOUS AGES / CONFIRMÉS

VENDREDI
19H-20H
DÉBUTANTS

VENDREDI
20H-21H
INTERMÉDIAIRES

DIMANCHE
11H30-12H30
TOUS NIVEAUX

COURS
PARTICULIERS

STAGES VACANCES

9H15-10H
PITCHOUNS
4/5ANS

10H15-11H15
6/10ANS
TOUS NIVEAUX

11H30-12H30
+ DE 10ANS
TOUS NIVEAUX

13H-14H
TOUS AGES / CONFIRMÉS

STAGE 1/2 JOURNÉE
9H30-13H
TOUS AGES
TOUS NIVEAUX

STAGE
ITINÉRANT
CONFIRMÉS
10H-17H
5 JOURS

FAIT A :
DATE :
SIGNATURE :

ADHESION à « LA BRIGADE »

5 €

L'ADHESION A L'ASSOCIATION GERANT LE SKATEPARK
EST OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION.

MERCI DE SEPARER CE REGLEMENT DE 5€
DE CELUI DE VOTRE INSCRIPTION A L'ECOLE DE SKATE

Date du jour : (jj/mm/aaaa)

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

Sexe :

Homme

Femme

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

.....

Adresse e-mail :

.....

Numéro de téléphone en cas d'urgence : (préciser parents, amis, ...)

.....

Signature :

CETTE ADHESION INCLUE :

- UNE ASSURANCE

POUR 1 AN DE DATE A DATE

- DROIT D'ACCES AU SKATEPARK
SUR LES HORAIRES D'OUVERTURE
EN PAYANT VOTRE ENTREE 5€

VOUS POUVEZ EGALEMENT
CHOISIR LE PASS' ANNUEL

PRIX REDUIT
SI VOUS ETES INSCRIT
A L'ECOLE DE SKATE

40 €

NOM :
PRENOM :

SI VOUS REPONDEZ "OUI" A UNE OU PLUSIEURS
QUESTIONS, IL FAUDRA UN CERTIFICAT MEDICAL

« ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3)

« QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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 de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon 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"/>

Depuis l'année dernière	OUI	NON
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)		
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"/>

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-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 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"/>