

## Pour l'ensemble des stages

merci de bien vouloir transmettre ce document au service des Sports

[sports@ville-bessancourt.fr](mailto:sports@ville-bessancourt.fr) – 06 25 23 28 34

# FICHE D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) .....

Autorise mon enfant ..... à participer

au stage sportif organisé par la mairie de Bessancourt au Gymnase MAUBUISSON

DU 12 AU 16 février 2024

De plus, j'autorise – je n'autorise pas ① mon enfant à rentrer seul à la fin du stage.

Téléphone (en cas d'urgence) : .....

Courriel : .....

Pointure de l'enfant (Pour les patins à glace et les chaussures de bowling) : .....

Signature :

① Rayer la mention inutile

*Bessancourt le*

*2024*

## 1 - ENFANT

<h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1> <p style="margin: 0;"><b>Enfants : 10//15ans</b></p>	<p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p><input type="checkbox"/> GARÇON      <input type="checkbox"/> FILLE</p> <p>Intitulé du Stage : <b>du 12 au 16 février 2024</b></p>
---	---

## AU GYMNASSE MAUBUISSON

**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			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

**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**

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le stage ?  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)*

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### ALLERGIES :

ASTHME  oui  non

MÉDICAMENTEUSES  oui  non      à.....

ALIMENTAIRES  oui  non      à.....

AUTRES.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...  
PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM.....

PRÉNOM.....

ADRESSE .....

.....

TÉL. DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : .....

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

Date : 2024

Signature :

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

À remplir par le ou les responsables légaux de l'enfant selon l'arrêté du 7 mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

*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"/>
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		
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		
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"/>

**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, donne-lui ce questionnaire rempli.**



LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<p>*** Vacances - Menu Végétarien ***</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salade de pâtes bio, échalote, poivron, vinaigrette bio</li> <li>Omelette bio</li> <li>Bouquet de légumes bio (chou fleur, brocoli et carotte)</li> <li>Yaourt bio à la vanille</li> <li>Fruit bio</li> </ul> <p>Baguette Confiture d'abricots Yaourt nature Jus multifruit</p>	<p>*** Vacances *** Mardi gras ***</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salade verte bio</li> <li>Vinaigrette moutarde bio</li> <li>Sauté de porc bio sauce au thym</li> <li>Quenelle bio sauce tomate</li> <li>Riz bio</li> <li>Emmental bio</li> <li>Biscuit nappé au chocolat noir bio</li> </ul> <p>Pain au lait Fruit bio Lait demi écrémé Chocolat en poudre</p>	<p>*** Vacances ***</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Carottes râpées bio vinaigrette bio au miel</li> <li>sauce tomate bio</li> <li>Colin d'Alaska pmd sauce crème aux herbes</li> <li>Steak de seitan bio (blé et légumes)</li> <li>Pommes de terre bio</li> <li>POINTE DE BRIE AGB</li> <li>Dessert lacté flan vanille nappé caramel bio</li> <li>Viennoiserie</li> <li>Yaourt aromatisé</li> <li>Jus de pommes</li> </ul>	<p>*** Vacances ***</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Soupe de chou fleur bio</li> <li>SAUTE POULET AGB AU JUS</li> <li>Parmentier courge butternut bio (haché végétal) CPNE</li> <li>Purée de courge butternut et pommes de terre bio cpne</li> <li>Fromage frais fouetté Rondelé bio</li> <li>Fruit bio</li> </ul> <p>Biscuits palmiers Compote de pommes et bananes allégée en sucre Lait demi écrémé Sirop de grenadine</p>	<p>*** Vacances ***</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endive bio</li> <li>Vinaigrette moutarde bio</li> <li>Meunière colin pmd d'Alaska frais</li> <li>Couscous de légumes bio CPNE</li> <li>Haricots verts bio</li> <li>Petit suisse nature bio</li> <li>Cake bio à la cannelle cpne</li> <li>Cake bio à la cannelle cpne</li> <li>Petit fromage blanc aux fruits</li> <li>Fruit bio</li> </ul>

\* : plat contenant du porc / Les indicateurs suivants sont disponibles sur l'appli SoHappy

Bon Appétit

sOgeres

Cuisiné par nos équipes / Issu de l'agriculture biologique / Produit de la mer durable

POUR CHAQUE JOUR, VEUILLEZ INDIQUER QUEL TYPE DE REPAS : (Entourer votre choix)

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
—CLASSIQUE—	CLASSIQUE	CLASSIQUE	CLASSIQUE	CLASSIQUE
VÉGÉTARIEN	VÉGÉTARIEN	VÉGÉTARIEN	VÉGÉTARIEN	VÉGÉTARIEN