

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à déposer dans la boîte aux lettres de la salle de la Vie accompagné du règlement à l'ordre de l'O.M.S ou à envoyer à : O.M.S. – BP511 – 85800 SAINT GILLES CROIX DE VIE.

**Dans la limite des places disponibles, la réception du règlement valide votre bulletin. Confirmation de votre inscription sur notre site internet rubrique « stages : liste des inscrits ».**

- Fournir un certificat médical avec la mention activités multisports et nautiques au plus tard le premier jour du stage si vous n'en avez jamais fourni. Sinon remplir le questionnaire médical ci-dessous.
- 30 € par stage - un chèque par enfant et par stage.

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Classe année scolaire 2017-2018: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Inscription au(x) STAGE(s) N°(s):** \_\_\_\_\_

#### ***Personne à contacter en cas de besoin:***

M. / Mme : .....

Tel. Dom (port) : .....

Tel. Travail : .....

J'autorise les organisateurs des stages à prendre mon enfant en photo et à les utiliser dans le cadre de la communication de l'Office Municipal des Sports et/ou de la Ville selon les règles de déontologie.

Fait à \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Le \_\_ / \_\_ / \_\_

(précédée de la mention lu et approuvé)

## Questionnaire de santé pour une activité O.M.S.

Merci de répondre à toutes les rubriques de ce questionnaire.

■ Questionnaire Santé – Sport rempli le : .....

Nom, Prénom : ..... Date de naissance : .....

| REPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :  | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicable ?  | <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"/> |
| <b>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du pratiquant.</b>   |                          |                          |

• Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical (avec la mention « Activités mutlisports et nautiques). Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

• Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessous.

### Attestation santé pour une activité OMS pour l'année 2017-2018

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive :  
..... délivré à (nom-prénom-date de naissance) : .....

Je, soussigné, ..... atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **toutes** les rubriques du questionnaire de santé.

A ....., le .....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal