



Fiche d'inscription 2025/26

RESERVE CLUB M7 M9 M11 M13 M15 M17 M20 senior vétéran				☐ 1° adhésion ☐ Renouvellement ☐ Famille ☐ Etudiant ☐ Pass' sport N°		
Cotisation	Location	Réductions	Total	Don	Mode paiement	☐ Certificat médical
						☐ Attestation santé

Nom :	Prénom : _
Nom de naissance :	
Date de naissance : / /	
Nationalité :	
Adresse :	Code postal :
Ville :	

- | | |
|--|---|
| ☐ Escrime olympique ☐ fleuret ☐ épée
☐ Escrime artistique
☐ Solution RIPOSTE
☐ Sabre laser
☐ Préparation physique | @ :
Téléphone :

Contact en cas d'urgence :

Téléphone : |
|--|---|

Autorisations responsable légal 1 Nom et prénom : _____ Téléphone : _____ @ : _____ Autorise mon enfant, et cela sous ma responsabilité, à quitter seul(e) la salle d'armes à la fin du cours ☐ Oui ☐ Non Autorisation de diffusion des photos ☐ Oui ☐ Non	Autorisations responsable légal 2 Nom et prénom : _____ Téléphone : _____ @ : _____ Autorise mon enfant, et cela sous ma responsabilité, à quitter seul(e) la salle d'armes à la fin du cours ☐ Oui ☐ Non Autorisation de diffusion des photos ☐ Oui ☐ Non
---	---

Je soussigné(e) _____ responsable légal(e) autorise mon enfant à pratiquer l'escrime au sein de l'association CEL87. J'autorise, en cas d'accident, les membres de l'encadrement à prendre toutes les mesures nécessaires pour une éventuelle hospitalisation.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et je m'engage le respecter.
En cas prêt de matériel à l'année, je m'engage à l'entretenir et à le rendre en fin de saison sportive .

Conformément aux dispositions du RGPD, CEL87 ne collecte que les données personnelles qui sont utiles à son activité et avec une durée de conservation de 2 ans. Les informations nécessaires à la prise de licence, dont l'adresse mail, sont transmises à la Fédération Française d'Escrime. Le CEL87 ne communique vos données à aucune autre entité sans votre consentement explicite.

ATTESTATION DE SANTE POUR LES MINEURS en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence FFE



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

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. Turéponds 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.

NOM : _____ Prénom : _____ Âge : _____

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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.)	☐	☐

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.

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.

Je, soussigné(e), _____,
représentant(e) légal(e) de
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et répondu par la négative
à toutes les questions

date

signature