

## FICHE D'INFORMATION ENFANT

### 1. Informations générales :

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

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

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adhérent à l'ASPTT

Non Adhérent à L'ASPTT

➤ Comment ai-je connu le Kidi'Vacances ? \_\_\_\_\_

### 2. Informations sur les parents/tuteurs :

➤ Nom et prénom du parent/tuteur 1 : \_\_\_\_\_

➤ Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

➤ Nom et prénom du parent/tuteur 2 (optionnel) : \_\_\_\_\_

➤ Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### 3. Informations médicales :

➤ Allergies : \_\_\_\_\_

➤ Problèmes de santé ou besoins spécifiques : \_\_\_\_\_

➤ Traitements ou médicaments à administrer en cas d'urgence, merci de fournir l'ordonnance et les médicaments : \_\_\_\_\_

➤ Nom et contact du médecin traitant : \_\_\_\_\_

### 4. Contacts d'urgence :

➤ Nom et relation : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

➤ Nom et relation : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### 5. Autorisations :

➤ Mon enfant est autorisé à participer à toutes les activités proposées : Oui  Non  (Si non, préciser les restrictions) : \_\_\_\_\_

**Signature du parent/tuteur :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

# RESERVATION DES CRENEAUX

➤ Pour inscrire votre enfant à la semaine ou aux jours qui vous intéressent, voici la tarification et le tableau à compléter :

	Nombre de participants	Coût	TOTAL
<b>SEMAINE COMPLÈTE</b> (Forfait 4 jours)		<b>30,00€</b>	
<b>MARDI 18 FÉVRIER</b> (14H-17H - demi-journée)		<b>8,00€</b>	
<b>MERCREDI 19 FÉVRIER</b> (14H-17H - demi-journée)		<b>8,00€</b>	
<b>JEUDI 20 FÉVRIER</b> (14H-17H - demi-journée)		<b>8,00€</b>	
<b>VENDREDI 21 FÉVRIER</b> (14H-17H - demi-journée) - prévoir un casque de vélo pour le patin à roulettes		<b>8,00€</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>			



Tenue de sport et bouteille d'eau à emmener tous les jours et prévoir un casque de vélo le vendredi



➤ Remplissez la fiche d'information de votre enfant ci-dessus (à noter une fiche par enfant à compléter). Compléter le questionnaire de santé (QS) ci-dessous (1 QS par enfant).

Signature du parent/tuteur :

Date : \_\_\_\_\_



CLUB OMNISPORTS  
cultivons vos envies

## ACTIVITES VACANCES

## MULTISPORTS

✉ lrousseau@asptt.com

☎ 06 69 70 56 28

🌐 laval.asptt.com

📅 DU 18 AU 21 FÉVRIER 2025

● 3-6 ANS

● 7-9 ANS

● ADULTES

LICENCIÉS ET NON LICENCIÉS

9H30 À 10H - ACCUEIL

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
MATIN - DE 10H À 12H		<span style="color: blue;">●</span> JEUX DE BALLONS  <span style="color: green;">●</span> PILATES (10h - 11h)  <span style="color: green;">●</span> RENFORCEMENT MUSCULAIRE (11h - 12h)  <span style="color: green;">●</span> STRETCHING (12h - 13h)	<span style="color: blue;">●</span> ATHLETISME  <span style="color: green;">●</span> PILATES (10h - 11h)  <span style="color: green;">●</span> RENFORCEMENT MUSCULAIRE (11h - 12h)  <span style="color: green;">●</span> STRETCHING (12h - 13h)	<span style="color: blue;">●</span> SPORTS DE RAQUETTES  <span style="color: green;">●</span> PILATES (10h - 11h)  <span style="color: green;">●</span> RENFORCEMENT MUSCULAIRE (11h - 12h)  <span style="color: green;">●</span> STRETCHING (12h - 13h)	<span style="color: blue;">●</span> PATINS à ROULETTES
MIDI					
APRÈS-MIDI - DE 14H À 16H30		<span style="color: orange;">●</span> FLOORBALL	<span style="color: orange;">●</span> ATHLETISME	<span style="color: orange;">●</span> VOLLEY-BALL	<span style="color: orange;">●</span> PATINS A ROULETTES

16H30 - 17H : GOÛTER

## AUTORISATION DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, parent/tuteur légal de \_\_\_\_\_, autorise les responsables de l'ASPTT Laval Omnisport à prendre des photographies/vidéos de mon enfant dans le cadre des activités organisées.

Ces photos/vidéos pourront être utilisées :

- Pour un usage interne (albums, documents, communication interne) : Oui  Non
- Pour un usage externe (site internet, réseaux sociaux, supports de communication...) :  
Oui  Non

Je comprends que cette autorisation est donnée à titre gratuit et que les photographies/vidéos ne seront utilisées que dans un cadre respectant la vie privée de mon enfant. Je conserve le droit de révoquer cette autorisation à tout moment en informant l'organisation par écrit.

**Signature du parent/tuteur :**

Date : \_\_\_\_\_



Tenue de sport et bouteille d'eau à emmener tous les jours et prévoir un casque de vélo le vendredi



**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  
 (ANNEXE II-23, Art. A. 231-3 du code du sport)

**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)	OUI	NON
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input checked="" 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"/>

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.