



ATTESTATION SPORTIF MINEUR

Je soussigné(e)
en ma qualité de représentant(e) légal(e) de.....
.....,

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT
Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.

Fait à

Le

Signature du représentant(e) légal(e)



PENTATHLON MODERNE PERPIGNAN LA CATALANE

Responsables légaux

NOM et Prénom de l'enfant :

• **Mère de l'enfant**

NOM marital : NOM de jeune fille :

Prénom : Situation Familiale : Autorité parentale OUI/NON

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse Mail :

• **Père de l'enfant**

NOM et Prénom :

Autorité parentale : OUI / NON

Situation Familiale :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Adresse Mail :

Signature de la Mère :

Signature du Père :

• **Autre responsable légal**

Autorité parentale : OUI / NON

Organisme :

Personne référente : Fonction :

Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Signature :

Autorisation parentale en cas d'accident

Je soussigné (Mr ou Mme)

Responsable légal de l'enfant (NOM et Prénom)

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

Autorise : OUI NON

L'hospitalisation de mon enfant en cas d'accident.

Autorisation pour le transport

Je soussigné (Mr ou Mme)

Responsable légal de l'enfant (NOM et Prénom)

Adresse (si différente de l'enfant) :

.....

Autorise les déplacements de mon enfant en véhicule du club de Pentathlon Moderne Perpignan la Catalane.

Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) **(pour une personne mineure)**

NOM : Prénom :

AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉGAL DU OU DES ENFANTS :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

AUTORISE (rayez les mentions inutiles) :

- La prise d'une ou plusieurs photographie(s) (captation, fixation, enregistrement,numérisation) le (les) représentant.
- La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient, entreprises dans le cadre :
 - du Club de Pentathlon et de sa mission d'enseignement sportif,
 - du Centre d'accueil et de loisirs et sur quelque support que ce soit.

DATE :

SIGNATURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	☐	☐		Hépatite B	
Tétanos	☐	☐		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	☐	☐		Coqueluche	
Ou DT polio	☐	☐		Autres (préciser)	
Ou 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 ?

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 oui ☐ non ☐	VARICELLE oui ☐ non ☐	ANGINE oui ☐ non ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui ☐ non ☐	SCARLATINE oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	OTITE oui ☐ non ☐	ROUGEOLE oui ☐ non ☐	OREILLONS oui ☐ non ☐	

ALLERGIES* : ASTHME oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES _____

*Mentionnez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

Veuillez préciser :

- Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :
- Toute(s) autre(s) recommandation(s) utile(s) (votre enfant porte des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.) :

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



ATTESTATION SPORTIF MINEUR

Je soussigné(e)
en ma qualité de représentant(e) légal(e) de.....
.....,

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT
Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques.

Fait à

Le

Signature du représentant(e) légal(e)