

**Document à retourner au responsable des sections sportives, à la rentrée**

**Renseignements sportifs**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....  
Date de naissance : ..... Taille : ..... Poids : ..... Pointure : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Club : ..... Poste : .....  Droitier /  Gaucher  
Championnat (niveau) de pratique : .....  
Coordonnées de l'éducateur : Nom - Prénom : .....  
N° Téléphone : .....

**Equipements de la Section Sportive pour les nouveaux entrants uniquement**

Chaque élève **nouvel entrant à la Section Sportive Football ou Handball** se verra remettre un package d'équipements, qui lui sera nécessaire pour participer aux séances d'entraînements du collège. Une partie de cet équipement est pris en charge par l'établissement, **une participation de l'ordre de 60€** reste à la charge de la famille.

En cochant cette case, une facture vous sera envoyée, le règlement de la somme de 60€ se fera en fonction de votre mode de paiement.

**Taille souhaitée pour les équipements :**       XXS       XS       S       M       L       XL

Signatures des responsables légaux :

**Conditions médicales d'admission ou de reconduction en section sportive**

Conformément à la réglementation en vigueur, l'admission définitive en section sportive est conditionnée par le questionnaire médical « QS – Sport » que doit remplir le responsable légal avec son enfant ou un certificat médical, le cas échéant. Si un examen médical s'avère nécessaire, il devra être effectué par un médecin (de préférence titulaire du CES de médecine du sport), que la famille est libre de choisir.

Aucune inscription en Section Sportive Football ou Handball ne pourra être validée sans la production d'un de ces documents.

## QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – SPORT »

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir pour participer aux séances de Section Sportive.

### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

*Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.*

*Elles sont susceptibles d'être transmises :*

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

*Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie. Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.*

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

Signatures des responsables légaux :