

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION ACTIVITÉS PHYSIQUES DU RÉPPOP38

**A compléter par le responsable légal**

Je souhaite inscrire l'enfant (NOM Prénom).....  
Né(e) le .....

Enfant adhérent au RéPPOP38

Enfant en surpoids et non adhérent au RéPPOP38, **joindre l'attestation de surpoids remplie par le médecin de l'enfant.**

**Remplir toutes les informations demandées ci-dessous :**

ACTIVITÉ CHOISIE : .....  
LIEU : .....  
DATE ou TRIMESTRE CHOISI : .....

Nom Prénom du parent ou responsable légal : .....  
.....  
Adresse : .....  
.....  
Téléphone : .....  
Courriel : .....

Personne(s) à contacter en cas d'urgence si différent du responsable légal :  
Nom et prénom : .....  
Numéro : .....

Uniquement pour les activités DUO TENNIS Parent-Enfant :

Nom/Prénom du parent : .....  
Date de naissance du parent : .....

**A nous retourner avec :**

- le questionnaire de santé rempli et, le cas échéant, le certificat médical d'aptitude à la pratique d'activités physiques et sportives
- 1 chèque du montant de l'activité à l'ordre du GCS MRSI par activité ET par session (**sauf paiement sur place** : voir Guide BOUG'POP)

**A l'adresse suivante :**

**GCS MRSI – RéPPOP38  
16 rue du Tour de l'Eau  
38 400 ST MARTIN D'HERES**

***J'atteste que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires et avoir une responsabilité civile individuelle accident.***

Date :

Signature des parents ou responsable légal :

## Questionnaire de santé « QS – SPORT »

NOM de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de la famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Votre enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) A-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) A-t-il eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si il a arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, a-t-il repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) A-t-il eu 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) Ressent-il 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) Sa pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous qu'il ait besoin d'un avis médical pour poursuivre sa pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant déclarant.</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.

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

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

Je, soussigné(e)....., père / mère / représentant légal (rayer la mention inutile) de l'enfant ..... certifie les informations ci-dessus exactes.

Date :

Signature du responsable légal :



**ATTESTATION D'ORIENTATION  
VERS LES ACTIVITES PHYSIQUES DU RÉPPOP38  
(Uniquement pour les enfants hors réseau)**

Je soussigné(e), Dr ....., atteste que l'enfant (NOM Prénom) :  
..... né(e) le ..... présente :

- un surpoids
- un rebond d'adiposité précoce (Bébé nageur UNIQUEMENT)

**et l'invite à participer aux activités physiques du Réppop38.**

Date, cachet et signature du médecin :

## CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

Je soussigné(e), Dr .....,  
Lieu d'exercice, ....., certifie avoir examiné l'enfant (nom, prénom) :  
.....né(e) le : .....

et constaté que son état de santé entraîne :  
**Merci de cocher les cases correspondantes :**

**UNE APTITUDE** : à la pratique des activités physiques et sportives suivantes :

	TOTALE	PARTIELLE	Précisions éventuelles :
Tennis			
Natation			
Multisport			
Randonnée Pédestre			
Vélo			
Danse			
EPS à l'école			
Autre :			
Autre :			

**Afin de s'adapter aux possibilités de l'enfant, il est nécessaire :**

♦ **D'aménager les activités qui sollicitent les articulations** et en particulier les articulations suivantes :  
Chevilles  Genou  Hanche  Epaule  Rachis  Autre

La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité.

♦ **D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires.**

Il est préférable :

- de privilégier les activités d'intensité modérée,
- de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire,
- d'adapter son temps de récupération.

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

♦ **Autres recommandations** (à préciser) :

.....  
.....  
.....

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à cet enfant au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité. Ainsi, je l'incite à participer régulièrement au cours d'EPS, et à des activités physiques et sportives. Il est donc important de faciliter l'intégration dans le groupe et de valoriser sa participation en toutes circonstances.

**UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE**

Pour une durée de ..... à compter de ce jour.

**Date, cachet et signature du médecin :**