BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à déposer de préférence dans la boîte aux lettres de la salle de la vie accompagné du règlement à l'ordre de l'O.M.S (ou à envoyer à : O.M.S. – BP511 – 85800 SAINT GILLES CROIX DE VIE).

Dans la limite des places disponibles, la réception du règlement valide votre bulletin. Confirmation de votre inscription sur notre site internet rubrique « stages : liste des inscrits ».

- **Remplir le questionnaire médical ci-dessous.**
- **35 € par stage - un chèque par enfant et par stage.**

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _

Etablissement :

Classe année scolaire 2026-2027:

Adresse :

CP : Ville :

Mail : @

Inscription au(x) STAGE(s) N°(s) : _____

Personne à contacter en cas de besoin :

M. / Mme :.....

Tel. Dom (port) :.....

Tel. Travail :.....

□ J'autorise les organisateurs des stages à prendre mon enfant en photo et à les utiliser dans le cadre de la communication de l'Office Municipal des Sports et/ou de la Ville selon les règles de déontologie.

Fait à Signature :

Le _ _ / __ / _ _ (précédée de la mention lu et approuvé)

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR UNE ACTIVITE OMS

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre inscription à l'OMS.

Questionnaire de Santé – Sport rempli le : ……/……../……..

Nom Prénom : …….. Date de naissance : ……/……../…….

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* Durant les 12 derniers mois :	**OUI**	**NON**
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Votre enfant a-t 'il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Votre enfant a-t 'il eut un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Votre enfant a-t 'il eut une perte de connaissance ?		
5) Si votre enfant a arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, a-t 'il repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Votre enfant a-t 'il débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour :		
7) Votre enfant 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 ?		
8) La pratique sportive de votre enfant a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous que votre enfant ait besoin d'un avis médical pour poursuivre sa pratique sportive ?		
***NB : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.**		

- **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.**

- **Si vous avez répondu NON à toutes les questions : Pas de certificat médical à fournir. Complétez et signez l'attestation ci-dessous.**

ATTESTATION DE SANTE POUR UNE ACTIVITE OMS ANNEE 2026-2027

Je soussigné, ……atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

A …… , le ……..

Signature du responsable légal