

## 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 2025-2026:**

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*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		
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) ?		
<b>A ce jour :</b>		
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 ?		
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité.</b>		

• 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 2025-2026

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

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

Signature du responsable légal