



Annexe 12 : Fiche d'inscription participant(e) mineur(e)

Parent 1 :	Parent 2 :
Demeurant	
.....	
Code postal Ville	
Autorise mon enfant, né(e) le à participer aux activités de l'APN organisées par la FDAAPPMA/AAPPMA	
N° de portable du ou des responsables légaux à joindre en cas d'urgence :	
Parent 1 :-.....-.....-.....-.....	Email :
Parent 2 :-.....-.....-.....-.....	Email :

- J'attire l'attention de l'animateur sur le fait que mon enfant : **je sais nager** **ne sais pas nager**
J'assume la responsabilité qu'il participe tout de même aux activités dans le cas où il ne sait pas nager.
- J'attire l'attention des animateurs sur le fait que mon enfant :
 - Suit un traitement médical **OUI** **NON**
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) à remettre à l'animateur en arrivant. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.
 - Présente une allergie ou nécessite des précautions de santé particulières **OUI** **NON**
Si « oui », joindre une note précisant la nature, les précautions et la conduite à tenir.
- J'ai connaissance qu'en cas d'accident, l'animateur ou le représentant de l'APN contactera les secours habilités à prendre toutes décisions d'intervention médicale ou chirurgicale si l'état de mon enfant présente un caractère d'urgence.
- J'ai pris connaissance et informé mon enfant des règles de l'Atelier Pêche Nature et dégage la responsabilité des organisateurs et des animateurs au cas où l'enfant ne les respecterait pas.
- Je m'engage à respecter les horaires d'activités et les lieux de rendez-vous fixés par l'APN. La responsabilité des animateurs n'est engagée qu'à partir du moment où l'enfant leur est confié jusqu'au moment où l'enfant est remis à ses responsables légaux ou à un adulte désigné par ces derniers.
- Je m'engage à ce que mon enfant dispose de l'équipement adéquat à la pratique de la pêche et aux conditions climatiques (vêtements de pluie, bottes, casquette, crème solaire, eau...).
- J'autorise mon enfant à être transporté pour les besoins de l'animation par un véhicule de l'association ou de l'animateur de l'APN **OUI** **NON**

AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOS ET VIDEOS

J'autorise dans le cadre de la promotion du loisir, à publier sans limitation dans le temps et sur tous supports d'information ou de promotion de la pêche, réseaux sociaux et sites de partages inclus, les photos et/ou vidéos prises lors des animations sur lesquelles peut figurer mon enfant **OUI** **NON**

Joindre à la présente fiche une copie de l'attestation d'assurance type « extra-scolaire » de l'enfant ainsi que le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur ou à défaut un certificat médical d'aptitude.

À, le

Signature d'un(e) responsable légal(e) de l'enfant
(Précédé de la mention « lu et approuvé »)

Annexe II-23 (art. A231-3) du Code du sport

RGPD : Les données collectées sont traitées à des fins de gestion administrative dans le cadre de l'organisation des APN et conservées en base active pour une durée de 1 ans. Ces informations peuvent être communiquées à l'assurance si besoin dans le cadre de contrôles périodiques ou pour la gestion d'éventuels sinistres. Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, du règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, les salariés, partenaires, participants et bénévoles bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ou encore de limitation du traitement. Pour ce faire contactez le responsable légal de l'APN : **(adresses mail + postale)**

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :
Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.
Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.
En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière		OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aujourd'hui

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questions à faire remplir par tes parents

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?
(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.