



CNSR CLUSES
 70 rue de la prairie, lieu dit « Colomby »
 74300 CLUSES
 Courriel: coach.cnsrc@wanadoo.fr
 Ou president.cnsrc@orange.fr
 Site : www.cnsrcluses.fr

BULLETIN D'ADHESION
Opération « Aisance Aquatique »
juillet 2024
8 au 26 juillet

N° affiliation F.F.N. : 3100742622

INFORMATION SUR L'ENFANT

Mme, Mlle, M Nom Prénom Sexe M - F

Né(e) le Nationalité

Adresse Code Postal Ville
 Votre quartier si vous habitez Cluses

Téléphone, fixe Portable

Par souci d'environnement, et d'économie de papier, un maximum d'informations vous sera envoyées par mail, merci de nous donner une adresse mail valide et lisible

Courriel@.....

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné : Nom: Prénom Agissant en qualité de Père – Mère
 (rayez la mention inutile)

Si différent du nageur : Profession :

Tel Adresse

- Autorise mon enfant à pratiquer la natation au sein du C.N.S.R.C. et toutes autres activités liées à l'entraînement.
- J'autorise en cas d'urgence, le C.N.S.R.C. à faire soigner ou opérer mon enfant et les médecins à pratiquer toute intervention, tout geste thérapeutique et anesthésique nécessités par son état de santé.
- Reconnaît être informé que le C.N.S.R.C. décline toutes responsabilités sur les vols pouvant survenir pendant la pratique de l'activité et s'engage à prendre toutes dispositions pour éviter ces vols en n'apportant aucun objet de valeur.
- Reconnaît être au courant de l'utilité de souscrire une assurance complémentaire à celle, non nominative, souscrite par le C.N.S.R.C. et la F.F.N. comprise dans la licence.
- Accepte sans réserve le règlement intérieur, tenu à ma disposition lors de l'inscription, et s'y conformer.
- Autorise le C.N.S.R.C. à diffuser toutes photos et vidéos relatives aux activités du club, y compris sur les réseaux sociaux.
- Donne délégation au C.N.S.R.C. pour signer la demande de licence F.F.N.

SIGNATURES DES PARENTS

A Le.....

RAPPEL DU MONTANT DU STAGE

Montant du stage 15 Euro par enfant.

Merci de joindre un chèque à l'ordre du CNSRCLUSES et le questionnaire medical remplis
Tous dossier incomplet sera refusé

Du lundi 8 au vendredi 26 juillet de 9h à 10h.

Les horaires peuvent varier en fonction du nombre d'inscrit.
Prévoir d'être présent 15 minutes avant le début du cours.

❖❖❖ **CADRE RÉSERVÉ AU CLUB** ❖❖❖

❖ **Attestation sur L'honneur** ❖

Cotisation : chèque nb nom

Banque :

chèques-vacances ANCV montant :

espèces montant :

Caution : chèque au nom de.....

Numéro Carte Rhône Alpes :

Je soussigné(e) :

Atteste sur l'honneur que mon enfant :

N'as pas de contre indication médical à la pratique de la natation.

Signature des parents :

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 un garçon

Ton âge : ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

OUI NON

Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré (e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué (e) ?

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT

| DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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.

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS SPORT MINEURS

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur)

Je soussigné(e) :exerçant l'autorité parentale sur [Nom - Prénom]

N° de licence :

Nom du Club :

Demeurant :

.....

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Que toutes les questions du QS Sport Mineurs, dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (A.231-3) du code du sport donnent lieu à une réponse négative.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] le [date]

Signature de la personne
exerçant l'autorité parentale