

# FICHE D'INSCRIPTION BABY-GYM 2024 - 2025



Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : ..... Âge : .....

Classe 2024/2025 : .....

## RENSEIGNEMENTS PARENTS

PARENT 1	PARENT 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Mail :	Mail :

## AUTORISATIONS PARENTALES

### EN CAS D'ACCIDENT

Hôpital ou clinique de référence : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire.

J'autorise  Je n'autorise pas

le responsable à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

### POUR LE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant,

Autorise  N'autorise pas

L'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des supports de communication print ou web de la ville de Mormant à titre gracieux.

Je dégage la direction de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels lors de l'activité.

**Date et signature du responsable légal** pour l'ensemble des autorisations (En cas d'accident et pour le droit à l'image), précédé de la mention « *lu et approuvé, bon pour accord* » :

### PIÈCES À FOURNIR

- Cette fiche d'inscription remplie
- Le questionnaire médical d'aptitude à la pratique de l'activité physique et sportive
- Votre attestation d'assurance
- La fiche sanitaire remplie

*Une cotisation trimestrielle de 20€ sera à régler à chaque fin de trimestre*

## FONCTIONNEMENT DU BABY-GYM

### **Encadrement**

L'encadrement est assuré par des éducateurs sportifs Brevet d'Etat.

### **Organisation**

La structure et l'encadrement permettent d'accueillir un groupe de 18 inscrits par séance.

Les séances se déroulent dans le dojo le mercredi :

- De 15h à 15h45 pour les 4-5 ans
- De 16h à 16h45 pour les 2-3 ans

Toute absence doit être justifiée. Le service se réserve le droit d'annuler une inscription au bout de 3 absences injustifiées.

### **Programmation**

L'aménagement des horaires a été pensé en prenant en considération différents facteurs et paramètres :

- Le rythme du public accueilli
- La vie familiale
- Le rythme et les actions du service
- Les possibilités et les moyens d'accueil

### **Tenue vestimentaire**

Nous conseillons les tenues sportives en coton (t-shirt, survêtement, jogging). Le port de chaussures est interdit.

### **Objectifs spécifiques**

- Eveil de la sensibilité en liaison directe avec la motricité et la locomotion.
- Structuration de la connaissance du monde physique. Prise de conscience des notions fondamentales (espace, temps, masse, équilibre).
- Libération des tensions internes par le mouvement.
- Formation du caractère et éducation du sens social.
- Découverte de son corps et de ses possibilités



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

# QUESTIONNAIRE MÉDICAL



**Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion.**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON\* (rayer la mention inutile)

## DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- |                                                                                                                                 |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?                                    | OUI | NON |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, une essoufflement inhabituel ou un malaise ?              | OUI | NON |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                  | OUI | NON |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                     | OUI | NON |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | OUI | NON |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?             | OUI | NON |

## A CE JOUR

- |                                                                                                                                                                                    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) | OUI | NON |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                        | OUI | NON |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                            | OUI | NON |

**\*NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ  
OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE LÉGALE DU LICENCIÉ**

### ***Si vous avez répondu NON à toutes les questions :***

Pas de certificat médical à fournir, attestez simplement (ci-dessous) avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de réinscription.

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

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

## ATTESTATION

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom) .....  
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

## POUR LES MINEURS

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom) .....  
en ma qualité de représentant légal de (Prénom - Nom) .....  
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

**Date et signature du responsable légal :**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si oui 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*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---