

BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à déposer de préférence dans la nouvelle boîte aux lettres rue de la Chaussée (ancien Trésor Public) 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 ».

■ **Fournir un certificat médical avec la mention activités multisports et nautiques au plus tard le premier jour du stage.**

■ **Si vous l'avez déjà fourni (moins de 3 ans) remplir le questionnaire médical ci-dessous.**

■ **32 € par stage - un chèque par enfant et par stage.**

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / __

Etablissement : _____

Classe année scolaire 2023- 2024 : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Mail : _____ @ _____

Inscription au(x) STAGE(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
Durant les 12 derniers mois :		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
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...) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

• 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 2023-2024

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

Date du dernier certificat d'absence de contre-indications à la pratique sportive :

A , le

Signature du responsable légal