



# GRAND LIEU BADMINTON LOISIR

Fiche d'inscription

JEUNES

2023/2024

PHOTO  
OBLIGATOIRE

Nouvelle inscription

Réinscription

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

E-mail : **écrire le plus lisiblement possible SVP** car beaucoup d'informations sont transmises par mail

- du représentant légal (obligatoire) : \_\_\_\_\_

- de l'enfant (s'il en a une) : \_\_\_\_\_

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile \* : \_\_\_\_\_

Es-tu intéressé(e) pour participer au championnat Ufolep ?  OUI  NON

↳ En tant que parent, je m'engage à faire mon maximum pour que mon enfant participe aux 6 compétitions et à en assurer personnellement son déplacement ou à trouver une personne qui puisse l'emmener. Je m'engage également à être présent(e) à au moins une des manifestations organisées à St Philbert.

Je n'autorise pas la publication de l'image de mon enfant (cocher la case si besoin)

## TARIFS :

Adhésion (assurance comprise)	50,00 €
+ Application Sporteasy (obligatoire)	2,00 €
+ UFOLEP	20,00 €

TOTAL =

**RÈGLEMENT :**  CHÈQUE (à l'ordre du G.L.B.L.)  ESPÈCES  Loisir'Kids  Pass Sports  
merci de faire un chèque (à l'ordre du G.L.B.L.) séparé pour la cotisation Ufolep

**Dossier complet à rendre impérativement lors du 1er entraînement de la saison pour les réinscriptions et avant le 30 Septembre 2023 au plus tard pour les nouveaux inscrits au risque de vous voir refuser l'accès au club :**

- fiche d'inscription (avec photo)
- cotisation

Je certifie avoir répondu **NON** à toutes les questions du formulaire de santé lors de ma demande d'inscription. **Dans le cas contraire, je fournis un certificat médical.**

J'ai lu et accepte le règlement intérieur consultable sur le site : [grandlieubadmintonloisir.fr](http://grandlieubadmintonloisir.fr)

Adresse mail du club : [gbl44310@gmail.com](mailto:gbl44310@gmail.com)

Date et signature de l'adhérent :

Date et signature du représentant légal :

# QUESTIONNAIRE SANTE JEUNE

**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 :    ans	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du jeune\*

Signature des responsables légaux\*