

FICHE D'INSCRIPTION

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

Code Postal :

Commune :

NUMERO DE PORTABLE :

NUMERO DE MAMAN :

MAIL DE MAMAN :

NUMERO DE PAPA:

MAIL DE PAPA:

TAILLE : cm

TAILLE POLO :

NUMERO DE LICENCE FFGOLF:

INDEX :

DRAPEAU :

SOUHAIT DE GROUPE : (exemple Kids 2, samedi de 14h à 15h)

CHOIX N°1 :

CHOIX N°2 :

Annexe 1 : Autorisation

Pratique du sport et déplacements

Je soussigné,

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence:

Autorise mon enfant : à participer à l'Ecole de golf et aux différentes compétitions organisées par la ligue départementale ou régionale de golf.

La présente autorisation est valable pour la période de **septembre 2024 à juin 2025**.

J'autorise également les responsables et enseignants à véhiculer mon enfant lors des compétitions extérieures au Club.

J'autorise le responsable du déplacement à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux d'urgence, hospitalisation, intervention chirurgicale). **Il est habilité à prendre toute décision immédiate qui s'impose pour assurer la sécurité et l'intégrité des jeunes placés sous sa responsabilité.**

Je certifie que mon enfant est assuré pour les trajets et activités extra-scolaires.

Fait à, le

Signature :

Annexe 2 : Autorisation

Droit à l'image

Je soussigné,

NOM.:

Prénom :

Adresse :

Téléphone en cas d'urgence:

La présente attestation donne autorisation à l'Association Sportive du Golf du Haut Poitou, organisatrice de l'Ecole de Golf de Haut Poitou, d'utiliser l'image de mon enfant:

Nom et Prénom (de l'enfant):

Dans le cadre de l'Ecole de Golf, de ses éditions futures et de la promotion de l'Ecole de Golf du Haut Poitou, sur les outils suivants :

Site internet, page Facebook, Instagram de l'association Sportive ou du Golf du Haut Poitou, dans la presse, lors de projections de vidéos pour des évènements et de ses besoins futurs en promotion.

J'accorde cette autorisation à compter de ce jour, à titre gracieux. Je m'engage à ne demander aucune rémunération ou contrepartie financière à l'Ecole de Golf ou à l'Association Sportive ou au Golf du Haut Poitou.

Fait àle.....

Signature :

Annexe 3 : Certificat Médical

La réforme 2021 du Certificat Médical a supprimé l'obligation de certificat médical pour les mineurs quel que soit le type de licence (renouvellement, reprise, nouvelle) et le type de pratique (loisir et compétition).

Le certificat médical est remplacé par un questionnaire de santé spécial mineur à compléter par le mineur et ses représentant légaux, accompagné d'une attestation signée par ces derniers.

Un certificat médical de moins de 6 mois devra être fourni uniquement dans le cas où il n'aura pas été répondu négativement à toutes les questions.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR UN LICENCIÉ MINEUR

(Création, renouvellement ou reprise de licence / pratique loisir ou compétitive de club, parties certifiées (WHS) ou entre deux présentations de certificat médical en cas de participation à des compétitions nécessitant le droit de jeu fédéral)

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
 une garçon

Ton âge : 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(e) 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(e) à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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) | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tu te sens très fatigué(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tu as 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(e) ? | <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 mort subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Êtes-vous inquiet(e) 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 complété.

Je suis informé(e) que je dois transmettre un certificat médical de moins de 6 mois et attestant l'absence de contre-indication à la pratique du golf (en et hors compétition).



ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - MINEURS -

Je soussigné(e) M/Mme

en ma qualité de représentant légal de M/Mme

licence n° (si licence déjà prise) atteste qu'il/elle a renseigné

le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Le

Signature :

À remettre à votre Club ou à la ffgolf :

ffgolf - Questionnaire de Santé - 68, rue Anatole France - 92 309 Levallois-Perret Cedex

ou par e-mail, à l'adresse : ffgolf@ffgolf.org

Les licenciés peuvent également compléter le questionnaire et attester avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques depuis leur My ffgolf.