

NOM - PRENOM DE L'ENFANT :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

(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 ? | ☐ | ☐ |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | ☐ | ☐ |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | ☐ | ☐ |
| Pleures-tu plus souvent ? | ☐ | ☐ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | ☐ | ☐ |

Aujourd'hui

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | ☐ | ☐ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | ☐ | ☐ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | ☐ | ☐ |

Questions à faire remplir par tes parents

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 ? | ☐ | ☐ |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | ☐ | ☐ |
| 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.) | ☐ | ☐ |

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.

Formulaire de cession de droit à l'image – Azur Tennis Club d'Asnières



15 rue d'Alsace, 92600 Asnières sur Seine

E-mail : contact@azur-atc.com

Téléphone : 0603131725

1. Informations sur l'adhérent :

- Nom et prénom de l'adhérent :
- Date de naissance :
- Adresse :
- Téléphone :
- Email :

(En cas de mineur :)

- Nom et prénom du représentant légal :
- Lien avec l'adhérent :

2. Objet de la cession de droit à l'image :

Je, soussigné(e),

☐ l'adhérent majeur,

☐ le représentant légal de l'adhérent mineur,

autorise expressément Azur Tennis Club d'Asnières à capter, reproduire et diffuser des photographies et/ou vidéos sur lesquelles figure(nt) moi-même / mon enfant, prises dans le cadre des activités organisées par le club (entraînements, compétitions, événements, stages, etc.).

3. Conditions d'utilisation :

Cette autorisation est donnée à titre **gratuit** et porte sur les utilisations suivantes :

- Publication sur les supports de communication du club (site internet, affiches, brochures, newsletters, etc.)
- Publication sur les **réseaux sociaux** officiels du club (ex. Facebook, Instagram, X, etc.)
- Diffusion dans la presse locale ou spécialisée dans le cadre de la promotion du club
- Archivage interne ou partage entre membres du club (albums photo, vidéos de matchs, etc.)

La présente cession est consentie **sans limite de durée**, pour le **monde entier**, et sur **tout support actuel ou futur**, dans le cadre de la communication institutionnelle et promotionnelle du club.

4. Droit à l'image et respect de la vie privée :

Le club s'engage à ne pas utiliser les images dans un contexte susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des personnes concernées, ni à les exploiter dans un but commercial.

5. Droit de retrait :

Conformément à la réglementation sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un **droit de retrait** de votre autorisation. Il vous suffit d'en faire la demande écrite à l'adresse suivante : contact@azur-atc.com. Cette décision ne sera pas rétroactive.

6. Signature :

Fait à :

Le :

☐ **Adhérent majeur**

Signature : _____

☐ **Représentant légal de l'adhérent mineur**

Nom :

Signature : _____