

Inscription Baseball / Softball



Si vous avez des questions, contactez le président du club, Mr BALLAND Didier, au 06.80.59.62.01 ou à l'adresse : schlitters.epinal@gmail.com

Licence

- Compétition
- Loisir
- Dirigeant

Type de licence

- Baseball
- Softball
- Cricket
- Handicap



Coordonnées *



Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____

Sexe : Homme Femme

Nationalité : _____

Photo d'identité

Adresse :

Rue : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Pays : _____

Téléphone : _____

Email : _____

* Une copie de la carte d'identité ou du passeport est également nécessaire.

Médecin traitant :



Prénom : _____

Nom : _____

Numéro RPPS : _____

Certificat médical délivré le : * ____ / ____ / ____

* si le participant a plus de 18 ans ou si le questionnaire état de santé préconise une visite médicale

Inscription Baseball / Softball



Information sur les parents / tuteurs légaux (si le participant a moins de 18 ans)



Prénom parent/tuteur : _____

Nom parent/tuteur : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Lieu de travail : _____

Prénom parent/tuteur : _____

Nom parent/tuteur : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Lieu de travail : _____

Contact en cas d'urgence



Prénom : _____

Nom : _____

Téléphone principal : _____

Téléphone secondaire : _____

Taille du maillot du club



S

M

L

XL

XXL

Droit à l'image



J'accorde au Club et ses représentants la permission de publier sur les sites officiels/Facebook toutes les photographies ou vidéos prises - *de moi - du participant mineur* - dans la cadre des activités du Club et ce durant la période d'adhésion, quel que soit le lieu et l'horaire.

OUI NON

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature

Inscription Baseball / Softball



Autorisation du représentant légal

A remplir impérativement pour les mineurs

Je soussigné _____ (Mère – Père – Tuteur légal)
autorise _____ à pratiquer les activités proposées par le Club de
baseball / softball des SCHLITTERS d'Epinal.

J'autorise, en outre, les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale en cas d'urgence. Je précise ci-dessous toutes autres informations qui pourraient être nécessaire dans cette situation (allergies, antécédents médicaux...) :

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / _____

Visa des parents ou du tuteur légal

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

(à conserver)

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

QUI **NON**

NON

Depuis l'année dernière

- 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.