

Contact du Foyer Rural ORGON : 06 10 74 62 90 - BP 249 : Place de la Liberté-Mairie d'Orgon

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE PAR ACTIVITE – SAISON 2026-2027 (pour les MINEURS)

Activité Choisie : Horaire :

Animateur/Animatrice :

Identification de l'Adhérent :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

Adresse :

Tél : Adresse mail :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél : Adresse mail :

Mère : Nom : Prénom :

Tél : Adresse mail :

Père : Nom : Prénom :

Tél : Adresse mail :

Adhésion annuelle au Foyer Rural : 22€ **Mode paiement** : (Immédiat séparément, chèque à l'ordre du Foyer Rural)

L'inscription ne sera effective qu'après le paiement de l'adhésion et de la cotisation à l'activité

Tarif convenu avec l'animateur/animatrice :

Modalités de paiement	Montant	Mode de règlement
Totalité		
Octobre		
Janvier		
Avril		
Autre		

Mettre tous les chèques à l'ordre du Foyer Rural-indiquer au DOS : le Nom de l'adhérent, l'activité concernée, mois de remise souhaitée

Consentement et traitement de vos données

En remplissant ce formulaire d'adhésion, vous acceptez que le Foyer Rural ou le (la) partenaire conserve et utilise vos données personnelles dans le but d'assurer la gestion administrative de votre adhésion et de vous garantir les droits qui en découlent (assurance, participation aux activités, droit de vote à l'Assemblée générale, tec.).

Parce que l'accès à l'information fait partie de vos droits essentiels en tant qu'adhérent, vous autorisez le Foyer Rural ou le (la) partenaire à communiquer avec vous via les coordonnées du présent formulaire et les enregistrer dans le système de gestion des adhésions.

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le Foyer Rural ou le (la) partenaire s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données avec des entités ou organismes illégitimes à les détenir, conformément au RGPD de 2018 et à notre politique de protection des données.

Droit de modification ou de suppression de vos données, sur simple demande à la présidente/au président.

☐ **J'accepte la conservation et le traitement de mes données personnelles aux fins précisées ci-dessus.**

J'accepte l'envoi de SMS : OUI ☐ /NON ☐ par l'animateur(trice)/responsable d'activité afin de m'avertir de tout changement

J'autorise mon enfant à partir seul(e) après son activité : OUI ☐ /NON ☐

Date :/...../.....

Signature des parents/ayant autorité

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES MINEURS EN VUE D'OBTENIR OU DE RENOUVELER UNE ADHESION

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit rempli par votre enfant, **c'est à vous d'estimer sa capacité à le faire. Il est de votre responsabilité de vérifier l'exactitude des réponses et de prendre les décisions en fonction des réponses aux item.**

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? OUI ☐ /NON ☐ - T'at-il examiné pour te conseiller ? OUI ☐ /NON ☐

Ce questionnaire n'est pas un contrôle, tu réponds par **OUI** ou **NON**, il n'y pas de bonne ou mauvaise réponse. Tu peux consulter ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es	Une fille : ☐	Un garçon : ☐	Autre ☐	Ton âge :
--------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---

Depuis l'année dernière		OUI	NON
1	Es-tu allé(e) à l'hôpital toute une journée ou plusieurs jours ?		
2	As-tu été opéré(e) ?		
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'est passé ?		
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à arrêter un moment une séance de sport ?		
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?		
9	As-tu beaucoup de de mal à respirer <u>après</u> un effort ?		
10	As-tu eu mal à la poitrine ou le cœur qui bat très vite ?		
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
12	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)		OUI	NON
1	Tu te sens très fatigué(e)?		
2	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
3	Sens-tu que tu as moins faim, que tu manges moins ?		
4	T sens-tu triste ou inquiet ?		
5	Pleures-tu souvent, parfois pour rien ?		
6	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure faite cette année ?		
Aujourd'hui		OUI	NON
1	Penses-tu quelquefois à arrêter le sport ou à changer de sport ?		
2	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
3	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
Questions à faire remplir par tes parents		OUI	NON
1	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 ?		
2	Etes-vous inquiet(e) pour son poids ? Trouvez-vous qu'il (elle) se nourrit trop ou pas assez ?		
3	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu, généralement, à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen est prévu à l'âge de 2, 3, 4, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)		

B.N. Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de la personne ayant l'autorité parentale de l'adhérent

Si NON à toutes les questions : signez l'attestation remettez-la à l'association.

Si OUI à au moins 1 question : après consultation de votre médecin, merci de transmettre un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive à l'association.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame / Monsieur,
en qualité de représentant(e) légal(e) du mineur :

- **Nom de l'enfant** :
- **Prénom de l'enfant** :
- **Date de naissance** : / /

Atteste sur l'honneur que :

- ☐ Nous avons rempli ensemble le questionnaire de santé ci-dessus.
- ☐ L'enfant a répondu NON à l'ensemble des questions. En conséquence, l'obtention d'un certificat médical n'est pas requise pour son inscription.

Attention : Si vous avez répondu OUI à au moins une question, cette attestation ne peut pas être signée. Vous devez obligatoirement fournir un certificat médical de non-contre-indication datant de moins de 6 mois.

Fait à, le / / 2026

Signature du représentant légal :

Mère : Nom : Prénom :

Tél : Adresse mail :

Père : Nom : Prénom :

Tél : Adresse mail :

***DISCIPLINES CONTRAINTES PARTICULIERES :**

Alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie ; disciplines sportives pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives pratiquées en compétition comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur (à l'exception du modélisme automobile radioguidé) ; disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition (à l'exception de l'aéromodélisme) ; parachutisme ; rugby à XV, rugby à XIII et rugby à XII .

Pour la pratique de ces activités, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive est obligatoire tous les ans