



# FICHE INSCRIPTION 2024/2025

GROUPE : .....  
HORAIRE : .....

Nom de l'adhérent : ..... Sexe :  M  F  
Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : ..... / ..... / ..... à ..... N°Départ : .....  
➤ **SI MAJEUR**  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tel : .....  
Courriel (obligatoire) : ..... @ .....

➤ **SI MINEUR**  
**Responsable 1 :**  
Nom/prénom : ..... Date/lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tel fixe : ..... Tel portable : .....  
Tel professionnel : .....  
Courriel (obligatoire) : ..... @ .....

**Responsable 2 :**  
Nom/prénom : .....  
Adresse (si différente) : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tel fixe (si différent) : ..... Tel portable : .....  
Tel professionnel : .....  
Courriel : ..... @ .....

**RECONNAIS**  
Avoir pris connaissance du règlement intérieur lors de mon inscription et l'approuver sans réserve.  
Avoir signé et rempli la licence et pris connaissance de l'étendue des garanties d'assurance de la FFN.  
**ACCÉPTE**  
Les règlements des Fédérations de Natation et de Sauvetage et le règlement intérieur de la section Natation/Sauvetage du SCG Natation.  
**M'ENGAGE**  
A respecter le règlement tout au long de la saison.  
A prévenir en cas d'absence de mon enfant et à fournir un justificatif si absence prolongée.  
A accompagner mon enfant à l'intérieur du bâtiment jusqu'à ce qu'il soit pris en charge par l'entraîneur du SCG Natation et à le récupérer après l'entraînement à l'intérieur du hall d'accueil de la piscine. (peut varier selon les conditions sanitaires en vigueur.)

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :**  
- **ALLERGIES : OUI / NON** Si oui (précisez) : .....  
Conduite à tenir .....  
- **Traitement médical en cours de saison : OUI / NON**  
Si oui, précisez : .....  
- **Autres difficultés de santé** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, ...) : .....  
- L'adhérent porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses : OUI / NON  
**SI OUI, Précisez :** .....  
**Médecin traitant :** ..... **Tel :** .....  
**PERSONNES A CONTACTER :**  
**Nom, prénom :** ..... **Tel :** .....  
**Nom, prénom :** ..... **Tel :** .....  
**AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné(e)..... responsable légal ( père, mère, tuteur,...), autorise mon enfant ..... à suivre les cours de natation, sauvetage et/ou à participer à toutes activités organisées dans le cadre du Club, à l'exception de .....  
➤ **AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS en cas d'urgence :**  
Autorise les responsables du SCG Natation de Graulhet (entraîneurs, dirigeants, bénévoles) à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (tous les soins médicaux ou actes chirurgicaux, hospitalisations, anesthésie...) et, je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes engagées.  
➤ **AUTORISATION RELATIVE AUX DROITS A L'IMAGE :**  
Autorise le SCG Natation de Graulhet à diffuser d'éventuelle images ou vidéos de mon enfant (résultats de compétitions, stages, manifestations sportives, sur quelques supports que ce soit (presse, site internet, compte Facebook, ...) sans droit à compensation de toute nature. Pour tout refus aux droits à l'image, merci d'adresser votre demande par courrier au SCG Natation/Sauvetage.  
➤ **AUTORISATION RELATIVE AUX TRANSPORTS :**  
- Autorise le SCG Natation à transporter mon enfant pour les déplacements (compétitions, stages, ou pour entraînement ou autres déplacements dans le cadre des activités du Club) par bus, véhicules de location, voitures particulières d'un encadrant ou parent ou tout autre moyen de transport.  
- Décharge de ses responsabilités, toute personne transportant mon enfant pour une compétition ou autre activité si je suis dans l'impossibilité de l'y emmener.  
- Certifié être assuré pour le transport des adhérents sur tous les lieux d'activité (compétition, stage, autre activité...) pour le compte du Club SCG Natation/Sauvetage.

**A GRAULHET, le .....** **SIGNATURE :** .....



SCG Natation/Sauvetage – Square Marechal Foch BP114 - 81300 GRAULHET  
Siret : N 341 779 452 000 34 APF : 9312 Z Agrément jeunesse et Sport 18230  
E-Mail : [scgnatation@gmail.com](mailto:scgnatation@gmail.com) Site internet : <https://scgnatation.com>



**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 ?	<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"/>
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)		
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"/>

**ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT**

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
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"/>

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 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.**

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Toutes les licences - Compétition - Natation pour tous - Encadrement - Eau libre promotionnelle	Si réponse « <b>NON</b> » à toutes les questions du QS Sports – Mineurs 	<b>NON</b>
	Si une réponse « <b>OUI</b> » à une question du QS Sports - Mineurs 	<b>OUI</b>
Compétitions en eau Froide / glacé	Fournir un certificat médical de moins de 6 mois + ECG	

**ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MINEURS**

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur)

Je soussigné(e) : ..... [Nom - Prénom]

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

.....

.....

..... [Adresse complète]

**Atteste sur l'honneur :**

- Avoir répondu NON à toutes les questions du QS - FFN Mineurs.  
dont le contenu a été validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... [Ville] le ..... [date]

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale