

# STAGE MULTISPORTS "DU SPORT OU UN SORT"

DU 27 AU 31  
OCTOBRE

ENFANTS DE 5 À 9 ANS



28 RUE DE MICHARD  
42390 VILLARS

ASPTT SAINT-ETIENNE - CLUB OMNISPORTS

☎ 04 77 74 72 28

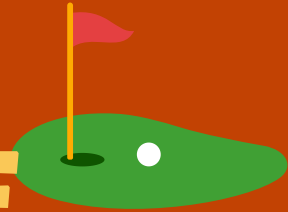
✉ SAINT-ETIENNE@ASPTT.COM



# Welcome To

# ASPTT

# SAINT-ETIENNE



# ASPTT

FEDERATION  
OMNISPORTS  
*cultivons vos envies*



# ❖ Sommaire ❖

---

- 1 Planning de la semaine**
- 2 Tarifs**
- 3 Bulletin d'adhésion**
- 4 Fiche sanitaire**
- 5 Autorisation parentale**
- 6 Questionnaire de santé**

## AGENDA

### DU 27 AU 31 OCTOBRE 2025



	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Accueil</b>	8h30	8h30	8h30	8h30	8h30
<b>Activité du matin</b>	Bloc à brac	Cirque	Jeux de ballon et Jeux de raquette	Koh Lanta	Yellow jump
	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
<b>Activité de l'après midi</b>	Course d'orientation	Panda park	Escape Game	Koh Lanta	Olympiades
<b>Retour aux parents</b>	16h30-17h30	16h30-17h30	16h30-17h30	16h30-17h30	16h30-17h30





**30€ la journée**  
**130€ la semaine**



# BULLETIN D'ADHESION

## 2025-2026

**Stage du sport ou un sort!**

**30€ la journée ou 130€ la semaine**

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CLUB

Le club de l'ASPTT Saint-Etienne vous propose un stage multisport pendant les vacances de la Toussaint du 27 au 31 octobre 2025.

Pour nous contacter : Téléphone : 04 77 74 72 28 ou par mail à [saint-etienne@asptt.com](mailto:saint-etienne@asptt.com)

### IDENTITE DE L'ADHERENT (E)

Nom \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_  
Sexe \* :  Homme  Femme Date de naissance \* : / /  
Adresse du domicile \* : \_\_\_\_\_  
Code postal \* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_  
Créneau choisi (indiquer le jour et l'heure) : \_\_\_\_\_  
E-mail \* : \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

La Poste / Identifiant RH : \_\_\_\_\_

Bénévole

Licence Délégitaire / Numéro : \_\_\_\_\_

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (Cerfa n°15699\*01)

CONTROLE DE L'HONORABILITE (à remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

Encadrant  Dirigeant  Arbitre  Maître-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport. À ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.

J'ai compris et j'accepte ce contrôle

Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et Prénom de naissance \* (si différent de l'usage) :

Lieu de naissance \*(1) :

En France : Département \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

à l'étranger : Pays \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Si né à l'étranger :

Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom du père : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme \_\_\_\_\_ représentant légal de \_\_\_\_\_ certifie lui donner l'autorisation de :

+ Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités

+ Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles

**J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.**

**La personne à contacter en cas d'urgence est :**

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

### PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse électronique [rgpd@asptt.com](mailto:rgpd@asptt.com) ou par courrier

postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grand coing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes, vidéo, etc.) sans avoir le droit à une contrepartie (cession de droit à l'image).
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de mon club ASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT

## ASSURANCES

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou FSASPTT EVENT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels » ou « Assistance aux personnes ». Le montant de ces assurances compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM est de 1,51 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,30 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Il est respectivement de 0,35 € et 0,10 € dans la licence FSASPTT EVENT. Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique. Les licenciés ASPTT PREMIUM bénéficient également d'une assurance « Protection juridique contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles ».

## REFUS D'ASSURANCE « DOMMAGES CORPORELS » ET/OU « ASSISTANCE »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(e),  reconnais avoir pris connaissance :

- + Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et d'adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site [www.asptt.com](http://www.asptt.com))
- + Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la ou les cases ci-dessous :

- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »
- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant

A

Le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  
DOCUMENT CONFIDENTIEL  
Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....  
 PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....  
 SEXE :      M       F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

**1-VACCINATION** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

**2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)  
 Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?  Oui  Non  
 Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
 MÉDICAMENTEUSES  oui  non  
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
 Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la  
 Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

**3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**  
 Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

**4-RESPONSABLES DU MINEUR**  
 Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....  
 TEL PORTABLE : .....  
 Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....  
 TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....

## AUTORISATION PARENTALE

### Autorisation parentale :

Je soussigné(e), Madame/Monsieur, autorise:

- Mon enfant à pratiquer les activités proposées lors du stage multisports
- L'ASPTT St Etienne à transporter mon enfant pendant le stage et à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale à mon enfant en cas de nécessité.

### Personne à prévenir en cas d'accident:

Qualité:    mère        père    (*rayez la mention inutile*)

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Portable: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ou \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Date et signature (précédées de la mention «lu et approuvé»:

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEURS

### Préalable à la demande de licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Sportive des ASPTT.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

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.

<b>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.</b>		
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	<b>Ton âge :</b> ___ ans	
DEPUIS L'ANNEE DERNIERE	OUI	NON
1) Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 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"/>
7) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)</b>			
<b>12)</b> Te sens-tu très fatigué(e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13)</b> As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14)</b> Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15)</b> Te sens-tu triste ou inquiet ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16)</b> Pleures-tu plus souvent ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17)</b> 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"/>
<b>AUJOURD'HUI</b>			
<b>18)</b> Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19)</b> Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20)</b> Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS</b>			
<b>21)</b> 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"/>
<b>22)</b> Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23)</b> 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"/>

**NB :** les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

### **SI TU AS REPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS**

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attester, en cochant la case « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence » sur ta demande de licence (en ligne ou papier).

### **SI TU AS RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

Certificat médical à fournir.

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.

# L'ASPTT VOUS SOUHAITE UN BON STAGE À TOUS



**ASPTT** SAINT-ÉTIENNE

CLUB OMNISPORTS  
cultivons vos envies

