PROGRAMME

STAGE MULTISPORT

ASPTT SAINT-ÉTIENNE
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

	LUNDI 6	MARDI 7	MERCREDI 8	JEUDI 9	VENDREDI 10	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN	**FERIE**	JEUX D'ORIENTATION	**BLOC A BRAC**	**YELLOW JUMP**	CHASSE AUX OEUFS		
APREM	**FERIE**	**PANDA PARK**	CIRQUE	JEUX DE BALLON ET ATHLETISME	JEUX OLYMPIQUES		

AUTRES INFORMATIONS

- **ACCUEIL DES ENFANTS LE MATIN DES 8h30 pour début du stage à 9h**
- **DEPART DES ENFANT ENTRE 16H30 ET 17H30**
- **PREVOIR UN PIQUE-NIQUE POUR LE MIDI (MICRO-ONDE A DISPOSITION)**
- **LES ACTIVITES EN GRAS SONT LES ACTIVITES QUI SE DEROULENT A L'EXTERIEUR DE L'ASPTT (DEPART EN MINIBUS)**

BULLETIN D'ADHESION
2025-2026

Activité :
Pâques multisport

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CLUB

Stage multisport du 7 au 10 avril 2026. 30€ la journée, 100€ la semaine.

Pour nous contacter : Téléphone : 04 77 74 72 28 ou par mail : saint-etienne@asptt.com

IDENTITE DE L'ADHERENT (E)

Nom * : _____ Prénom * : _____
Sexe * : ☐ Homme ☐ Femme
Date de naissance * : ___/ ___/ _____
Adresse du domicile * : _____
Jour(s) de participation : _____
Code postal * : _____ Ville * : _____
E-mail * : _____
Téléphone mobile : _____

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

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme _____ représentant légale 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 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 compensation (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)

+ 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 règlementation de la Fédération

A _____

Le : ____/ ____/ _____

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant

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 *(rayer la mention inutile)*

NOM:_____**Prénom:** _____

Portable:____/____/____/____/____ou_____/____/____/____/ ____

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

ASPTT
FEDERATION
OMNISPORTS
cultivons vos valeurs

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.

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'ANNEE DERNIERE	**OUI**	**NON**
1) Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant 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 reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
7) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
9) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
10) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
11) 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)		
12) Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
13) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
14) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
15) Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
16) Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
17) Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
AUJOURD'HUI		
18) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
19) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
20) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS		
21) 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 ?	☐	☐
22) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
23) 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.)	☐	☐

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.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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
MEDICAMENTEUSES ☐ 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 conduite à tenir.

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 :**