

# PROGRAMME

## STAGE MULTISPORT

	LUNDI 13	MARDI 14	MERCREDI 15	JEUDI 16	VENDREDI 17	SAMEDI	DIMANCHE
MATIN	JEU DE COHESION		LASER GAME	RAFTING	KARTING		
APREM	ACCROBRAN CHE		ESCAPE GAME BY ASPTT	RAFTING	JEU OLYMPIQUES		

### AUTRES INFORMATIONS

- ACCUEIL DES ENFANTS LE MATIN DES 8h30 pour début du stage à 9h
- DEPART DES ENFANT ENTRE 17H ET 18H
- 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 )

### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CLUB

**Stage multisport du 6 au 10 juillet 2026 pour les 5-10 ans. 30€ la journée, 135€ la semaine.**  
**Stage multisport du 13 au 17 juillet 2026 pour les 10-16 ans. 55€ la journée, 195€ la semaine.**  
**Stage multisport du 20 au 24 juillet 2026 pour les 5-10 ans. 30€ la journée, 135€ 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](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 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,

## 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 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 : .....

## 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    (*raier la mention inutile*)

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

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

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

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » (Cerfa 15699-01) Préalable à la demande de renouvellement 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**

<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À CE JOUR :</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**SI VOUS AVEZ REPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS**

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, en cochant la case « Renouvellement questionnaire de santé » sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu non à toutes les questions lors de la demande de licence.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Date et signature :**

**Exemple d'attestation d'aisance aquatique**  
**Pour les Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)**

**Démarche à effectuer :**

- Votre enfant doit se rendre en piscine ou plan d'eau pour effectuer ce test.
- Peuvent faire passer ce test, seules les personnes titulaires d'un diplôme professionnel : BNSSA, un enseignant d'EPS, BE canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyon, surf de mer et natation.
- Remettez-lui ce document.
- Une fois le test effectué, la personne diplômée complètera l'attestation ci-dessous.

**TEST D'AISSANCE AQUATIQUE**

Test obligatoire à la pratique des activités nautiques suivantes pour les publics des **Accueils Collectifs de Mineurs (ACM)**

Réf : Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles (JO du 10 mai 2012)

Le mineur ..... né(e) le ..... à ..... a réalisé le test suivant :

- effectuer un saut dans l'eau ;
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes ;
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes ;
- nager sur le ventre pendant vingt mètres ;
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

A l'issue du test il a été déclaré :  APTE  INAPTE

Attestation établie par ..... titulaire du diplôme de .....

Seuls sont habilités à délivrer la présente attestation les titulaires d'un diplôme titre ou qualification professionnelle dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation, par une personne titulaire du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique ou enseignant d'EPS.

Fait à

Cachet de la structure

Le

Signature du responsable du test