



**ATTESTATION D'ORIENTATION
VERS LES ACTIVITES PHYSIQUES DU RÉPPOP38
(Uniquement pour les enfants hors réseau)**

Je soussigné(e), Dr, atteste que l'enfant (NOM Prénom) :
..... né(e) le présente :

- un surpoids
- un rebond d'adiposité précoce (Bébé nageur UNIQUEMENT)

et l'invite à participer aux activités physiques du RéPPOP38.

Date, cachet et signature du médecin :

**CERTIFICAT MEDICALE D'APTITUDE
A LA PRATIQUE D'ACTIVITES PHYSIQUES
ET SPORTIVES**

Valable 2 ans

Je soussigné(e), Dr,
Lieu d'exercice,, certifie avoir examiné l'enfant (nom, prénom) :
.....né(e) le :
et constaté que son état de santé entraîne :

Merci de cocher les cases correspondantes :

UNE APTITUDE : à la pratique des activités physiques et sportives suivantes :

	TOTALE	PARTIELLE	Précisions éventuelles :
Tennis			
Natation			
Multisport			
Randonnée Pédestre			
Vélo			
Danse			
EPS à l'école			
Autre :			
Autre :			

Afin de s'adapter aux possibilités de l'enfant, il est nécessaire :

♦ **D'aménager les activités qui sollicitent les articulations** et en particulier les articulations suivantes :

Chevilles Genou Hanche Epaule Rachis Autre

La douleur doit être un signe d'appel pour arrêter l'activité.

♦ **D'aménager les activités physiques qui sollicitent les fonctions cardio-respiratoires.**

Il est préférable :

- de privilégier les activités d'intensité modérée,
- de permettre à l'élève de faire des pauses pendant l'effort si nécessaire,
- d'adapter son temps de récupération.

L'essoufflement excessif doit être un signe d'appel pour arrêter ou aménager l'activité.

♦ **Autres recommandations** (à préciser) :

.....
.....
.....

L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge globale proposée à cet enfant au même titre que le suivi nutritionnel et l'encouragement à limiter la sédentarité. Ainsi, je l'incite à participer régulièrement au cours d'EPS, et à des activités physiques et sportives. Il est donc important de faciliter l'intégration dans le groupe et de valoriser sa participation en toutes circonstances.

UNE INAPTITUDE TOTALE TEMPORAIRE

Pour une durée de à compter de ce jour.

Date, cachet et signature du médecin :

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
ACTIVITÉS PHYSIQUES DU RÉPPOP38
2020 – 2021**

A compléter par le responsable légal

Je souhaite inscrire l'enfant (NOM Prénom).....
Né(e) le adhérent au RéPPOP38.

Remplir toutes les informations demandées ci-dessous :

ACTIVITÉ CHOISIE :
LIEU :
DATE ou TRIMESTRE CHOISI :

Nom Prénom du parent ou responsable légal :
Adresse :
Téléphone :
Courriel :
Personne(s) à contacter en cas d'urgence et téléphone(s) :

Nom/Prénom du parent (uniquement pour les activités DUO Parent-Enfant et Bébé nageur) :
Date de naissance du parent participant (uniquement pour le STAGE DUO TENNIS Parent-Enfant) :

A nous retourner avec :

- le certificat médical d'aptitude à la pratique d'activités physiques (sauf bébé nageur) à la 1^{ère} inscription à une/des activités du RéPPOP38. **A remplir par le médecin traitant ou le médecin RéPPOP !**
- si le certificat médical a déjà été fourni, uniquement le questionnaire de santé
- 1 chèque du montant de l'activité à l'ordre du GCS MRSI par activité ET par session (**sauf paiement sur place** : voir Guide BOUG'POP)

A l'adresse suivante :

**GCS MRSI – RéPPOP38
16 rue du Tour de l'Eau
38 400 ST MARTIN D'HERES**

J'atteste que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires et avoir une responsabilité civile individuelle accident.

Date :

Signature des parents ou responsable légal :



Questionnaire de santé « QS – SPORT »

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de la famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Votre enfant a-t-il ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) A-t-il eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) A-t-il eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si il a arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, a-t-il repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) A-t-il eu débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressent-il une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Sa pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous qu'il ait besoin d'un avis médical pour poursuivre sa pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant déclarant.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Je, soussigné(e)....., père / mère / représentant légal (rayer la mention inutile) de l'enfant certifie les informations ci-dessus exactes.

Date :

Signature du responsable légal :

