



Centre Culturel du Val du Vray

FICHE D'INSCRIPTION 2025/2026

Nouvelle inscription Réinscription

Saint-Saturnin Hors-Commune

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : Féminin Masculin

RESPONSABLE LÉGAL N°1 (Adresse de facturation)

NOM :

NOM :

ADRESSE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

CP : VILLE :

MOBILE :

MOBILE :

MAIL :

MAIL :

En cas d'annulation de cours des SMS seront envoyés
UNIQUEMENT au responsable légal n°1.

En cas d'annulation de cours des mails seront envoyés au responsable légal
n°1 et n°2.

PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (Autres que les responsables légaux)

NOM :

MOBILE :

DOCUMENTS À FOURNIR

Justificatif de domicile pour les habitants de Saint-Saturnin Attestation d'assurance responsabilité civile

Questionnaire de Santé ou Certificat médical Carte étudiante

Autorisation parentale (uniquement pour les mineurs)

AUTORISATIONS

J'accepte de recevoir par mail la newsletter du Val de Vray

J'autorise la prise de vue

J'ai lu et accepte le règlement intérieur du Val de Vray

Les photos et vidéos pourront être utilisées dans le cadre de la
promotion des activités du Val de Vray

Fait à Saint Saturnin , le

Signature du/des représentant(s) légal(aux) :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

<p>Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : <i>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.</i> <i>Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.</i></p>	
<p>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.</p>	
<p>Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/></p>	
<p align="right">Ton âge : <input type="checkbox"/> ans <input type="checkbox"/> ans</p>	
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"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<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"/>
Aujourd'hui	
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	
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"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<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"/>

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.



Centre Culturel et d'Animation du Val de Vray
Régie municipale pour la gestion du Val de Vray
Rue de l'Eglise - 72650 St Saturnin
Tél : 02 43 25 33 00
Mail : accueil@valdevray.fr

AUTORISATIONS POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) père, mère, tuteur (*) :

NOM : Prénom :

déclare avoir plein exercice de l'autorité parentale et autorise ma fille- mon fils (*)

NOM : Prénom :

né (e) le / / à

Code postal : Ville :

>à pratiquer le cours de, le de à
....., le de à

>à venir seul pour assister au cours (trajet domicile - le Val de Vray) : **OUI** ou **NON** (*)

En votre absence, merci d'indiquer le nom et la qualité de la personne en charge de votre enfant

Personnes à contacter en cas d'urgence et / ou autorisées
en cas d'indisponibilité des représentants légaux :

NOM, Prénom : Tél :

Qualité :

NOM, Prénom : Tél :

Qualité :



La personne chargée de déposer votre enfant au Val de Vray doit vérifier la présence de l'animateur à l'entrée du cours et doit venir le récupérer à la porte de la salle, à l'issue de la séance.

>autorise le soin de mon enfant et permet à l'enseignant du centre Culturel et d'Animation du Val de Vray, en cas d'accident, à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant.

Au besoin, celui-ci sera transporté au centre de soins choisi par les sapeurs-pompiers ou le SAMU.

>m'engage à transmettre les modifications de toutes coordonnées téléphoniques utiles.

Fait à

Le

Signature du représentant légal

(*) Rayer les mentions inutiles



CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Date d'inscription :

Séance d'essai : Oui Non

Demande de reçu pour CE , employeur : Oui (envoi par mail)

ACTIVITÉ(S) PRATIQUÉ(ES) :

ACTIVITÉ	JOUR / HORAIRE	%	TARIF

MONTANT TOTAL DES ACTIVITÉS : €

RÉDUCTION -5% : €
à partir de 3 activités :

Carte d'adhésion
remise le :

MONTANT AIDES (CAF, ANCV ...) :	NATURE DES AIDES :	-	€
--	---------------------------	---	---

MONTANT À RÉGLER : €

RÈGLEMENT (POSSIBILITÉ DE RÉGLER EN 5 FOIS) :

Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque*	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> CB	MONTANT :
	Somme en €	Observation (N° Chq / Nom si différent)		
À l'inscription				
Décembre				
Février				
Avril				
Juin				