



Club des Sports de Glace de Champigny
 3, boulevard Jules Guesde
 94 500 Champigny-sur-Marne
 Tél. : 01 41 77 11 76
 Email : csgc@live.fr

Affiliation 960.17.620 Nogent sur Marne

Babys

2022-2023

Fiche d'inscription

Nom du patineur :
 Prénom du patineur :
 Sexe : F M
 Date de naissance : / /
 Lieu de naissance :
 Nationalité :
 Adresse mail (*obligatoire en majuscule*) :

 J'accepte les newsletters OUI NON
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Tel portable :

ATTENTION : Toute adhésion est ferme et définitive, aucun remboursement ne sera admis.

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom – Prénom :	Nom – Prénom :
Tel portable :	Tel portable :
Profession :	Profession :

HORAIRES ET NOMBRE D'ENTRAINEMENTS

<u>Mardi</u> <input type="checkbox"/> 18h15 à 19h00	<u>Mercredi</u> <input type="checkbox"/> 12h30 à 13h30 <input type="checkbox"/> 13h30 à 14h30	<u>Samedi</u> <input type="checkbox"/> 10h15 à 11h15 <input type="checkbox"/> 11h15 à 12h15
--	---	---

Babys 1 et 2 : 3 séances par semaine dont le mardi - Forfait de 55€ par mois
Pépinières : sur sélection 4 séances par semaine dont le mardi - Forfait de 60€ par mois
 Le forfait comprend les stages de vacances scolaires à raison de 6 heures par petites vacances scolaires.

DOCUMENTS ET REGLEMENT DE L'INSCRIPTION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription | <input type="checkbox"/> Attestation de cession de droit à l'image |
| <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité | <input type="checkbox"/> Questionnaire de santé pour Mineur et certificat médical si vous avez coché un oui |
| <input type="checkbox"/> 2 enveloppes timbrées à votre adresse | |
| <input type="checkbox"/> Photocopie d'une pièce d'identité ou du livret de famille | |

Assurance FFSG OUI NON Montant assurance €

Coupon sport/chèque vacances

Mode de règlement Espèce Chèque à l'ordre du « CSG Champigny »
Préciser le nom du payeur si différent du patineur

Montant règlement des cours €

Licence compétition 30€ en supplément €

Règlement cotisation de l'inscription en 1 fois 2 fois 3 fois avant le 31 décembre

Plusieurs inscriptions

Remise de % **TOTAL à payer** €

Je soussigné(e) _____ déclare adhérer au Club des Sports de Glace de Champigny et m'engage à respecter son règlement intérieur et son code éthique.

Fait le / / à
 Nom et signature (*des parents ou du représentant légal pour les mineurs*) - Précédée de la mention « Lu et approuvé »



Club des Sports de Glace de Champigny
3, boulevard Jules Guesde
94 500 Champigny-sur-Marne
Tél. : 01 41 77 11 76
Email : csgc@live.fr

Affiliation 960.17.620 Nogent sur Marne

ATTESTATION DE CESSION DE DROITS A L'IMAGE

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame _____
parent ou responsable légal de l'enfant _____
accorde au Club des Sports de Glace de Champigny CSGC (dirigeants,
entraîneurs), la permission de publier les photographies, les séquences
vidéo prises dans le cadre de l'activité patinage sur la patinoire municipale
de Champigny sur Marne.

Je déclare être le parent ou le responsable légal de l'adhérent licencié
nommé ci-dessus et avoir l'autorité légale de signer cette renonciation en
son nom.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette renonciation et consent à
l'utilisation des photographies et des séquences vidéo.

Fait à Champigny sur Marne

Le

Signature des parents

ou du responsable légal du mineur

Précédé de la mention manuscrite :

« Lu et approuvé »



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT 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

Questionnaire élaboré par le Ministère des Sports

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) du code du sport

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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
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"/>

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SPORTS DE GLACE

BALLET | BOBSLEIGH | CURLING | DANSE SUR GLACE | FREESTYLE | HANDI SPORTS DE GLACE | ICE CROSS | LUGE | PATINAGE ARTISTIQUE | PATINAGE SYNCHRONISÉ | PATINAGE DE VITESSE | SHORT TRACK | SKELETON

41-43, rue de Reuilly - 75012 Paris - France | Tél. : +33(0)1 43 46 10 20 | E-mail : ffsfg@ffsg.org

Agrément ministériel n°1391 | Siret : 775 722 580 000 62



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"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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.

Signature des parents ou du représentant légal :