|  |  |
| --- | --- |
| Logo gris institutionnel | **FICHE SANITAIRE****Centre Sportif et d’animations OXYGENE** pour l'année 202… |

**Direction/service**

**T : 01 49 20 93 64**

**01 49 15 55 22**

**01 49 15 5**

**5 52**

**Nom de l’enfant : …………………………………….. Prénom de l'enfant : ………………………………..**

 **Date de naissance : ……/ ……./ …… (JJ /MM/AA)** Sexe M ☐ F ☐

 **Lieu de naissance : ………………………………… Code postal : …………………..**

L’enfant suit-il un traitement médical ? OUI ☐ NON ☐

Existe-t-il un Protocole d’Accueil Individualisé (P.A.I.) ? OUI ☐ NON ☐

**Si OUI**, joindre P.A.I. et /ou **ordonnance correspondante**, médicament(s) et notice(s) d’utilisation dans leur **emballage, marqué·s au nom de l’enfant.**

 **Allergies :** Asthme OUI ☐ NON ☐ Médicamenteuses OUI ☐ NON ☐

 Alimentaires OUI ☐ NON ☐ Autres OUI ☐ NON ☐

**Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)**

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

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

**Autres recommandations**........................................................................................................

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

|  |  |
| --- | --- |
| Représentant légal (1) coordonnées | Représentant légal (2) coordonnées |
| Nom et Prénom : | Nom et Prénom : |
| N° Sécurité Sociale |  | N° Sécurité Sociale |  |
| Adresse |  | Adresse |  |
| Domicile |  | Domicile |  |
| Travail |  | Travail |  |
| Portable |  | Portable |  |
| Courriel |  | Courriel |  |

|  |
| --- |
| **AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D’ACCIDENT (pouvant venir chercher l’enfant)** |
| NOM PRÉNOM | Nature du lien avec l’enfant | N° de téléphone(fixe et/ou mobile) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Je soussigné(e), **responsable de l’enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état de santé de l’enfant.

 Date : Signature :

- *Les informations recueillies ici seront utilisées et conservées par les services municipaux, uniquement pour informer et répondre aux usager·ère·s qui les sollicitent via ce formulaire. En application du Règlement général sur la protection des données (RGPD) vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification et d’effacement de vos données personnelles. Pour ce faire, vous pouvez également contacter la Mairie de Romainville par mail :* *dpo@ville-romainville.fr**. Vous pouvez utiliser ces coordonnées pour toute question ayant trait à vos données personnelles. Vous disposez d’un droit d’introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l’informatique et des libertés (*[*https://www.cnil.fr*](https://www.cnil.fr)*.).*

|  |  |
| --- | --- |
| Logo gris institutionnel | **QUESTIONNAIRE DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE****SERVICE DES SPORTS / SERVICE ACTION EDUCATIVE****Adultes et enfants** |

*Depuis septembre 2016, le certificat médical n'est plus exigé pour l’inscription à une activité sportive municipale, sous réserve que l’intéressé (ou son représentant légal) renseigne un questionnaire de santé. Le questionnaire de santé permet de savoir si l’intéressé doit fournir un certificat médical pour s’inscrire aux activités sportives proposées par la Ville.*

***Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l’intéressé·e ou de son représentant légal.***

**Durant les 12 derniers mois, la personne concernée par l’activité sportive, a-t-elle :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| perdu un membre de sa famille décédé d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |  |
| eu une perte de connaissance ? |  |  |
| arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé et repris une activité sportive sans l’accord de son médecin ? |  |  |
| débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |  |

**A ce jour, la personne concernée par l’activité sportive :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| Ressent-elle une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite…) ? |  |  |
| Sa pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| A votre avis, en tant que personne concernée ou représentant·e légal·e de l’intéressé·e est-il nécessaire d’avoir un avis médical afin de poursuivre l’activité sportive? |  |  |

***Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions****, vous n’avez pas besoin de fournir un certificat médical. Vous devez attester sur l’honneur, ci-dessous, avoir répondu négativement à tout le questionnaire de santé.*

***Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions****, vous devez consultez un médecin afin* ***d'obtenir un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive****.*

*Sans ce dernier, l’inscription ne peut être enregistrée par les services municipaux.*

# Je soussigné(e)

(NOM, Prénoms)

# Né(e) le à

*(commune et département ou commune et pays si né(e) à l'étranger)*

**Atteste avoir renseigné le questionnaire préalablement à ma demande d’inscription à une ou plusieurs activité(s) sportive(s) proposée(s) par la Ville de Romainville pour l’année 202…**

**et avoir répondu NON à l’ensemble des questions posées.**

# Fait le à

 Signature