



# DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

PHOTO

Angers  Saumur  Autre

**Sportif**  Foyer  Domicile familial  Logement personnel (chez moi)

NOM:  PRENOM:

Date de naissance:  /  /  Sexe: F  M

Adresse:

CP:  Ville:

@ du sportif:  Tel du sportif:

Ville de naissance:  Département:  Nationalité:

Licence dans une autre Fédération: Non  Oui  Si oui laquelle:

**Personne en charge du suivi des activités:**  Mère  Père Autre

NOM:  PRENOM:

Adresse:

CP:  Ville:

@ :  Tel:

**Mesure de protection:**  En cours  Tutelle  Curatelle  Habilitation familiale

NOM:  Tel:

Mère  Père Autre (préciser)  @ :

**Adresse de facturation:** Précisez si vous êtes  Mère  Père Autre

NOM:  PRENOM:

Adresse:

CP:  Ville:

@ :  Tel:

**Date:**

**Signature:\***

Nom du signataire:

Qualité du signataire:  Usager  Représentant légal

\*En signant j'accepte le règlement intérieur du "secteur sport"

# JE FAIS DES SEANCES DE SPORT EN SEMAINE

Comportement	OUI	NON
Crises d'anxiété, cause(s) et manifestation(s) : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phobies, précisez : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conscience du danger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers lui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agressivité envers les autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication	OUI	NON
Parle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait écrire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait lire l'heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentation	OUI	NON
Mange seul (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boit seul (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fausse route	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Régime spécifique, précisez :		

Divers	OUI	NON
S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déshabille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personnes à contacter en cas d'urgence	
NOM:	<input type="text"/>
Tel:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre (préciser)	<input type="text"/>
NOM:	<input type="text"/>
Tel:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père Autre (préciser)	<input type="text"/>

## Infos santé

En cas d'urgence médicale, j'autorise l'équipe encadrante d'Esca'l à contacter les services de secours, le médecin et à transmettre les informations nécessaires à la prise en charge de l'utilisateur

	OUI	NON
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, je gère seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie (si protocole joindre la fiche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence : .....		
Signes annonciateurs : .....		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
précisez.....		
.....		

	OUI	NON
Mal voyant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porte un appareil auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés motrices: (ex: opération genou) ..... .....		
Antécédents médicaux? si oui lesquels..... ..... .....		



Les animateurs n'administrent aucun traitement médical, hors protocoles écrits.

Médecin traitant	
NOM:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom:	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Tel:	<input style="width: 90%;" type="text"/>

## JE FAIS DE LA COMPETITION

### Habitudes de vie

Trouble ou habitude concernant le <b>sommeil</b> , précisez :		
Vie quotidienne :	OUI	NON
Gère ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gère son argent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gère ses sorties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A un traitement médical (Joindre l'ordonnance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Habitudes de consommation	LIMITE/ JOUR	
Tabac		
Alcool		
Café		
Autre : .....		
Divers :	OUI	NON
Vol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à fuguer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendance à errer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# INFORMATIONS PRATIQUES FACTURATION

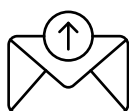


- A la réception du dossier l'adhésion annuelle est facturée.
- **Le montant est de 25 €**

- La facturation des activités



- Licence à l'année : comprend l'encadrement et les frais de licence à la Fédération Française de Sport Adapté
- Compétitions : l'accès aux compétitions nationales peut engendrer des frais de transport et d'hébergement.



- L'envoi des documents (factures, plaquettes etc...) se fait par mail.



- Si vous n'avez pas transmis d'adresses mail, il vous sera facturé automatiquement 6 € pour l'année en plus de l'adhésion afin de vous faire parvenir les divers courriers.
- Si vous avez donné des adresses mail mais que vous souhaitez un envoi par courrier **il vous sera facturé 6 € pour l'année**. Merci de cocher la case si dessous

- Je souhaite l'envoi des documents par courrier.**  
**Je serai facturé 6 € pour l'année**

## JE FOURNIS LES DOCUMENTS SUIVANTS

- |                          |  |                  |
|--------------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Attestation d'assurance de responsabilité civile couvrant la période d'inscription | Tous les ans     |
| <input type="checkbox"/> | Photo d'identité à coller sur la première page du dossier.....                     | Tous les ans     |
| <input type="checkbox"/> | L'autorisation de droit à l'image jointe au dossier.....                           | Tous les ans     |
| <input type="checkbox"/> | Un certificat médical.....   | 1ère année       |
|                          | <b>ou</b> Questionnaire de santé avec toutes les réponses négatives                | 2 et 3 ème année |
| <input type="checkbox"/> | Protocole médical s'il y en a un.....  | Tous les ans     |
| <input type="checkbox"/> | Iban (uniquement utilisé pour d'éventuels remboursements- pas de prélèvement)      | Facultatif       |
| <input type="checkbox"/> | Pour les <u>moins de 18 ans</u> : Photocopie des vaccinations.....                 | Tous les ans     |

### Protection des données personnelles:



Les informations recueillies dans ce dossier sont nécessaires à l'organisation et à la sécurité des activités et séjours. Elles sont destinées uniquement aux professionnels encadrants et conservées selon la réglementation en vigueur