

PARTICIPANT

NOM :

PRENOM :

Téléphone :/...../...../...../.....

Taille : ...m....

Adresse mail en MAJUSCULES :

Je souhaite participer au « Raid Aventure Ados », j'ai pris connaissance du règlement et je m'engage à respecter :

- Les consignes données par les organisateurs (horaires, matériel ...) et l'adulte encadrant.
- Les personnes et l'environnement.

Fait à le/...../ 2025

Signature

REPRESENTANT LEGAL

NOM/PRENOM :

Téléphone :/...../...../...../..... Lien de parenté :

Je déclare inscrire mon enfant au séjour « Raid Aventure Ados » qui se déroulera le jeudi 24 et vendredi 25 avril 2025 et j'autorise mon enfant à être hébergé en bivouac à Soustons.

J'accepte que mon enfant soit sous la responsabilité de Mme/Melle/M..... tout au long du raid.

Fait à le/...../ 2025

Signature

Je souhaite avoir le tee-shirt souvenir

Je ne souhaite pas avoir le tee-shirt souvenir

Afin de prendre en compte votre inscription pour le Raid Aventure Ados qui aura lieu les 24 et 25 avril prochain, merci :

- de joindre un CERTIFICAT MEDICAL justifiant d'aucune contre-indication clinique à la pratique des activités sportives (VTT, canoé et course à pied)

OU BIEN

- de compléter le questionnaire ci-joint (*questionnaire de santé prévu par arrêté du 7 mai 2021*)

NOM PRENOM :

QUESTIONNAIRE (à remplir avec le participant et le responsable légal)	OUI	NON
Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>		
Depuis l'année dernière		
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré (e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure faite cette année		
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
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 ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
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.)		

S'il y a la réponse OUI à une ou plusieurs questions merci de consulter un médecin afin d'établir un certificat.

Lu et approuvé le/...../2025

Signature du responsable légal