



Ligue Régionale d'Escrime
OCCITANIE
Pyrénées- Méditerranée

FICHE INSCRIPTION
3EME EDITION DES
RENCONTRES REGIONALE D'ESCRIME ARTISTIQUE D'OCCITANIE
DU 1ER au 2 JUIN 2024 A SAISSAC

Fiche à retourner par mail ou courrier **avant le lundi 27 mai 2024.**

Pour les non licenciés FFE, votre inscription sera définitive à la réception de ce document dûment complété et du paiement réalisé.

Pour les licenciés FFE le paiement sera effectué avant les rencontres dès que le montant vous sera communiqué (par virement, par chèque ou en espèces).

NOM :

PRENOM :

N° LICENCE (si licencié(e)) :

CLUB :

DATE DE NAISSANCE :

AGE :

MAIL :

TEL :

Je souhaite m'inscrire :

- les 2 jours
- Samedi 1er juin
- Dimanche 2 juin

Je souhaite m'inscrire pour le repas partagé du samedi soir (voir tarif feuille de route) :

- Oui
- Non

Mon niveau en escrime de scène (facultatif) :

- Débutant(e)
- Débutant(e)-confirmé(e)
- Confirmé(e)

L'arme / les armes que j'apporte est/sont :

- Rapière /épée de cour
- Epée longue / épée une main (médiévale)
- Sabre-laser
- Autres : _____

STATUT DURANT LES RENCONTRES :

- Licencié(e) FFE - Participation financière (voir tarif feuille de route)

Pour les Mineurs licencié.e.s FFE : il est obligatoire de remplir l'autorisation parentale et l'autoquestionnaire en annexes.

- Non licencié(e) FFE - Participation financière (voir tarif feuille de route)

Pour les Majeurs non licenciés FFE, voici deux possibilités :

- **présenter votre responsabilité civile**
- **prendre une licence fédérale (assurance spécialisée) sous présentation d'un certificat médical de non contre indication à la pratique de l'escrime**

Pour les Mineurs non licenciés FFE :

Il est obligatoire de remplir l'autorisation parentale ci-dessous + l'autoquestionnaire en annexe

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (allergies, traitement...) :

ANNEXES

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, (NOM et Prénom).....
père, mère, tuteur du (de la) stagiaire
déclare accepter :

- que mon enfant participe aux RREA mentionné ci-dessous
- de m'acquitter des frais d'inscription des RREA
- d'autoriser les responsables des RREA à transporter si besoin mon enfant dans des véhicules personnels entre le lieu du stage et l'établissement de restauration et/ou d'hébergement.
- d'autoriser les responsables des RREA, en mon nom, à faire appel à une intervention médicale ou chirurgicale en cas de besoin urgent.

Fait àle2024

Signature du responsable légal :

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

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. Turéponds 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.

NOM : _____ Prénom : _____ Âge : _____

	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
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 desport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> 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"/>	<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.

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.

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE
LICENCE À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ESCRIME

A remettre à l'association

(Ne pas joindre le questionnaire de santé)

Je soussigné M/Mme

Prénom : Nom :

exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : Nom :

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à
l'ensemble des questions.

Date :

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale