AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : Parent de l'enfant : …… Né(e) le : …… / …… / ……

AUTORISE / N'AUTORISE PAS mon enfant à rentrer seul chez lui après l'atelier de danse

AURORISE / N'AUTORISE PAS l'association à communiquer mes coordonnées aux autres parents du cours de mon enfant

(Rayer la mention inutile)

Date : …… /……. / ……

Signature, précédée de la mention ''Lu et approuvé''

QUESTIONNAIRE SANTE

Je certifie sur l'honneur de l'exactitude des informations données et que l'état de santé de l'adhérent ne nécessite pas de nouveau certificat médical cette année

Date : …… ./…… / …… Signature :

Partie ci-dessous à concerner par l'adhérent

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON	NC
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque inexpliquée?			
2) Avez-vous ressenti une douleur, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?			
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?			
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?			
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?			
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?			
A ce jour :			
7) Avez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?			
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?			
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?			
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent ou son représentant légal			