

**Autorisation parentale – SAISON 20..... / 20.....**

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur (rayer les mentions inutiles)

Adresse : .....

Téléphone : ..... N° sécurité sociale : .....

**Autorise** (Nom Prénom du mineur) : .....

du club .....

**à participer aux compétitions et/ou interclubs organisées par le comité régional FFAEMC AURA ou un club affilié à la FFAEMC et ce pour la saison sportive.**

J'autorise également les organisateurs à prendre toutes dispositions médicales ou hospitalières vis-à-vis de lui, en cas d'urgence, y compris son transport dans un établissement hospitalier. J'ai reçu les informations relatives au montant des garanties associées à la licence de la FFAEMC ainsi qu'à la possibilité de souscription de garanties complémentaires.

**Certificat médical : Vous avez moins de 18 ans**

Vous remplissez le questionnaire de santé pour personnes mineures (-18 ans) : **voir page 2.**

- J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions**
- J'atteste avoir répondu OUI à une ou plusieurs questions**  
*Je dois consulter un médecin pour qu'il m'examine et je dois fournir un certificat médical de moins de 6 mois*
- J'atteste avoir fourni un certificat médical de moins de 6 mois.**

**Fait à :** ..... **Le :** .....

**Signature :**

**Autorisation publique et droit à l'image – SAISON 20..... / 20.....**

*« Selon les articles 226-1 DU Code civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image. En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable.*

*Et ceci, sur différents supports ( écrit, électronique, audiovisuel, numérique) et sans limitation de durée.*

*Font exception à cette règle les photos de foule où la personne n'est pas le sujet central ou bien les photos prises de loin et de dos. »*

Je soussigné(e) ..... (nom et prénom), accorde au Comité Régional FFAEMC AURA, la permission de publier les vidéos et/ou les photographies que vous avez prises de ma personne ou de celle de mon enfant sur différents supports (écrit, électronique, audiovisuel, numérique).

Ces images seront exploitées dans le cadre d'une exploitation numérique sur le site internet du Comité FFAEMC AURA et/ou les réseaux sociaux.

Je prends note que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me nuire ou à me causer un quelconque préjudice.

Je prends note que je peux interrompre à tout moment toute publication me concernant, sur le site

**Fait à :** ..... **Le :** .....

**Signature :**

**RGPD**

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des équipes de France Wushu. Le destinataire des données est : la FFAEMC. Conformément au « Règlement Général à la Protection des Données » du 25 Mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser aux dirigeants de la FFAEMC. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES**

**Pour les personnes mineures (-18 ans)**

*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.*

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. Tu réponds 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.		
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> Ton âge : ____ ans		
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après 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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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.**