Maison des Jeunes et de la Culture – CREA
10 bd Sadi Carnot 12100 MILLAU
Tél. 05 65 60 08 00 – 07 87 45 90 41
contactmjc-crea@orange.fr - ***www.mjcmillau.fr***

CLUB ÉCOLE DE VOLLEY - 14 / 17 ANS

SAISON .....

ADHÉRENT.E	NOM			
	PRÉNOM			
	DATE DE NAISSANCE			
	ADRESSE			
	CODE POSTAL		VILLE	
	TÉLÉPHONE			
	EMAIL			
	PROFESSION			
Responsable légal	NOM / PRÉNOM			
	DATE DE NAISSANCE			
	ADRESSE POSTALE			
	N° TEL / EMAIL			

INSCRIPTION CLUB MJC ÉCOLE DE VOLLEY

- ☐ Fiche d'inscription complétée et signée
- ☐ Fiche autorisation parentale complétée et signée
- ☐ Carte adhésion MJC mineurs : 16 €
- ☐ Cotisation club ados 14/17 ans = 80 €
- ☐ 1 certificat médical

OU :

- ☐ « Je déclare avoir répondu NON à toutes les questions du « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur… » questionnaire *UFOLEP*

+ INSCRIPTION À L'UFOLEP : uniquement pour les licenciés UFOLEP

- ☐ Inscription à l'UFOLEP = licence ados (né(e) entre 2008 et 2013) = **19,33 €**

Un lien d'affiliation vous sera communiqué par mail pour compléter votre dossier.

Le dossier d'inscription doit être rendu complet à l'accueil MJC/CREA.
Tous les chèques doivent être établit à l'ordre de la MJC.

Dossier complet rendu le : .....
Vérifié par : .....

Maison des Jeunes et de la Culture – CREA
10 bd Sadi Carnot 12100 MILLAU
Tél. 05 65 60 08 00 – 07 87 45 90 41
*contactmjc-crea@orange.fr - **www.mjcmillau.fr***

MILLAU, le .....

Attestation d'Autorisation Parentale
École de Volley-ball MJC MILLAU

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ...

Demeurant à l'adresse suivante : .....
.....

N° de téléphone Domicile : ..... Portable : .....
Travail : .....
E-mail : ..... @ .....

Agissant en qualité de (*entourez*) Père Mère Tuteur légal

De : *(Nom)* : ..... *(Prénom)* : .....

Je reconnais avoir pris connaissance du fonctionnement de l'école de volley (club MJC de Millau) et en ce sens :

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

Mon enfant à participer à l'activité volley et autres sorties organisées par le club : tournois, compétitions, entraînements.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

Mon enfant à utiliser les moyens de transports mobilisés par le club pour se rendre sur les lieux d'activités volley, ou sur les lieux des compétitions, tournois et autres sorties organisées par le club Volley MJC.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

L'équipe d'encadrement voire les médias à photographier ou à filmer mon enfant dans le cadre de l'activité volley et l'exploitation des images dans le cadre de la communication de l'activité volley MJC.

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

Mon enfant à regagner son domicile par ses propres moyens après la fin des entraînements, compétitions, tournois.

Signature :
(Précédée de la mention lu et approuvé)

Dossier complet rendu le : .....
Vérifié par : .....

Questionnaire de santé pour un mineur.e

ufolep TOUS LES SPORTS AUTREMENT

Du 1er septembre au 31 août
2026 / 2027
www.ufolep.org

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 ☐ Un garçon Quel âge as-tu ? ☐

Depuis l'année dernière	OUI	NON
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)	OUI	NON
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 que tu t'es faite cette année ?		

Aujourd'hui	OUI	NON
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	OUI	NON
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.)		

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.

Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le·la licencié·e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).



ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

Je, soussigné(e) Docteur ……, certifie avoir examiné ce jour

NOM : …….. Prénom : ……

Date de naissance : ……. /……. /…….. sexe F ☐ M ☐

et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive

☐ de compétition

☐ de loisirs

☐ pour le(s) activité(s) suivante(s) *(cf liste au dos)*

…… ……
…… ……
…… ……

☐ remarques restrictives éventuelles

……
……
……
……
……
……

J'estime nécessaire une consultation spécialisée en médecine du sport ☐ oui ☐ non

Date de l'examen ……. /……. /…….

Signature