



Ecole de golf de Pornic

Demande de renseignements sur les allergies éventuelles de l'enfant.

Je soussigné, Madame, Monsieur

mère, père, de l'enfant..... déclare qu'au moment de son inscription à l'école de golf de Pornic.

1- *Que mon enfant n'a aucune allergie connue*

2- *Que mon enfant est allergique aux pollens, graminées, etc.**

3- *Que mon enfant est allergique à (autres allergies, à préciser)*

.....
.....

Cette demande est, et, restera confidentielle. Elle ne sera en aucun cas divulguée, sauf, en cas de besoin à un service médical.

** (Eléments souvent présents sur les parcours de golf)*

Fait à : Le :...../...../.....

Signature



Rayer les mentions inutiles



ATTESTATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné, Madame, Monsieur
..... mère, père, de l'enfant
..... autorise l'association sportive du golf de Pornic
et/ou le Golf Blue Green-Ugolf de Pornic, à faire pratiquer une
intervention chirurgicale d'urgence en cas de nécessité.

Je m'engage également à rembourser l'intégralité des frais
(médicaux et/ou pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon
compte.

Fait à :

Le :

Signature



DECHARGE DE RESPONSABILITE PARENTALE POUR ENFANT MINEUR

Je soussigné, Madame, Monsieur, Mère, père,
de l'enfant

Autorise le golf Blue Green-Ugolf de Pornic et/ou l'E.D.G (Ecole de Golf de Pornic) à:

* - Laisser mon enfant participer à toutes activités de l'école de golf:

Oui

Non

et/ou

* - Laisser mon enfant partir du cours de golf non accompagné:

Oui

Non

Sans que la responsabilité de l'E.D.G ou du golf Blue Green-Ugolf de Pornic ne puisse être engagée.

* - Liste des personnes pouvant récupérer mon enfant:

Nom et Prénom:

N° de tél:

Nom et Prénom:

N° de tél:

Nom et Prénom:

N° de tél:

Il est également rappelé que les enfants ne sont plus sous la responsabilité des enseignants du golf de Pornic et/ou des membres de l'E.D.G après les horaires de cours.

Les parents, qui n'autoriseraient pas leur enfant à rentrer seul chez eux, s'engagent alors à être présents avant la fin du cours pour récupérer leur enfant.

Fait à:

Signature:

Le:





Autorisation de transport saison 2024/2025



Avenue Scalby Newarky
442010 - Pornic

Courriel: edg.pornic@gmail.com

Tel: 02 51 74 09 73

(Rayer la mention inutile)

Je soussigné, Madame et/ou Monsieur nom(s) et prénom(s) _____

_____ autorisons nos/notre enfant(s)

_____ à être transporté(s)

par les entraîneurs ou bénévoles désignés par l'école de golf de Pornic, voir, par un des parents accompagnateurs.

Cette autorisation est valable pour les véhicules à moteur suivants: voiture particulière, minibus de location ou de la mairie de Pornic, ainsi que la voiturette électrique de golf.

Cette autorisation est établie pour le déplacement des joueurs et joueuses participants aux différentes rencontres interclubs d'hiver ou d'été, compétitions, championnats, journée de détection et d'entraînement qui ont lieu en dehors du golf de la ville de Pornic.

Les dates et lieux de ces rencontres seront données en temps et en heure afin d'organiser si besoin le transport de votre/vos enfant(s).

Fait à: _____ Le: _____

Signatures des parents ou responsables légaux:

Madame

Monsieur



Questionnaire de santé pour un licencié mineur (création, renouvellement ou reprise de licence)

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention, 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.

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 un garçon

Ton âge : ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
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(e) 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(e) à interrompre un moment une séance de sport ?	<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)	OUI	NON
Tu te sens très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as 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	OUI	NON
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	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il mort subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-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.

Je suis informé que je dois transmettre un certificat médical de moins de 6 mois et attestant l'absence de contre-indication à la pratique du golf (en et hors compétition).



ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE - MINEURS

Je soussigné(e) M/Mme _____ en ma qualité de
représentant légal de M/Mme _____ licence
n° _____ (si licence déjà prise) atteste qu'il/elle a renseigné le
questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Le _____

Signature :

A remettre à votre Club ou à la ffgolf : ffgolf - Questionnaire de Santé - 68, rue Anatole France –
92 309 Levallois-Perret Cedex ou par e-mail, à l'adresse : ffgolf@ffgolf.org

Les licenciés peuvent également compléter le questionnaire et attester avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques sur leur Espace licencié.