



Document à remplir SEULEMENT par les parents dont les enfants bénéficieront de la passerelle

Objet : autorisation pour la «passerelle» entre l'ALSH ou APS de La Luzerne et le cours de danse.

Je soussigné(e) _____ en qualité de _____ de l'enfant
_____ autorise le professeur de danse de l'association ou tout autre bénévole mandaté
par **TEMPO Jazz**, Danse, Forme, Yoga, à récupérer mon enfant à l'accueil de l'ALSH ou APS de La Luzerne avant son
cours de danse.

A la fin du cours l'enfant sera raccompagné à l'entrée du bâtiment (ou à l'ALSH) et remis à un parent.

En vertu de quoi est établie la présente attestation, l'autorisation est valable pour la saison 2026-2027.

Date et Signature du représentant légal :



AUTORISATION SUR LA LIBRE UTILISATION DE L'IMAGE

Durant la saison 2026/2027, les adhérents de l'Association pourront être filmés ou pris en photo à l'occasion de manifestations organisées ou co-organisées par l'Association **TEMPO JAZZ**, Danse, Forme, Yoga.

Je soussigné(e) : _____

Demeurant : _____

Adhérent ou Mère, Père, Représentant légal de l'enfant : _____

☐ Autorise la prise de vue **OUI - NON**

☐ Autorise la publication **OUI - NON**

L'association s'engage à exploiter ces photographies et/ou films en prenant soin de ne pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation des adhérents et ceci sur différents supports : écrit, électronique, audio-visuel.

Fait à le Haillan,
Le _____

SIGNATURE :



Questionnaire de santé

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A CE JOUR :		
Ressentez-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 ?		
Votre pratique sportive a-t-elle été interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
N.B. : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.		

Questionnaire de santé publié par l'Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive au JORF n°0105 du 4 mai 2017.

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions : il n'y aura pas de certificat médical à fournir.

En revanche, si vous avez répondu « OUI » à une ou plusieurs questions, il est recommandé de consulter un médecin en lui présentant ce questionnaire.

Volet à remettre à l'association

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé publié par l'arrêté du 20 avril 2017, lors de la demande de l'inscription pour la saison **2026/2027** à l'association Tempo Jazz.

A.....

Le/...../.....