



BASEBALL CLUB D'HONFLEUR
SAISON 2025/2026
FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____
ADRESSE : _____
N° DE TELEPHONE : _____
N° DE PORTABLE DES PARENTS : _____
N° DE PORTABLE DE L'ENFANT : _____
EMAIL : _____

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e), Mr / Mme _____

Autorise mon fils / ma fille

- ☐ **A pratiquer le baseball pour la saison 2025-2026
au BASEBALL CLUB D'HONFLEUR**
- ☐ **Le club à utiliser des photos de mon enfant sur ses différents supports de
communication**

Fait à Le _____

SIGNATURE

Pièces à remettre au Club :

- ☐ **Cette fiche complétée et signée**
- ☐ **La cotisation (95€ pour 12U et 15U / 120€ pour les seniors)
à l'ordre du Baseball Club d'Honfleur**
- ☐ **Une photo d'identité numérique à envoyer à cette adresse :
honfleurcomets@gmail.com**

Ces pièces sont obligatoires. Aucune demande de licence ne sera validée en leur absence

 <p>FFBS FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL</p> <p>Tél : 01 44 68 89 30 medical@ffbs.fr www.ffbs.fr</p>	Formulaire médical 2026/7	<p><i>Adoption :</i> CD 22 juillet 2025</p> <p><i>Entrée en vigueur :</i> 1^{er} novembre 2025</p>
	<p align="center">QUESTIONNAIRE</p> <p align="center">RELATIF A L'ETAT DE SANTE</p> <p align="center">DU SPORTIF MINEUR</p>	
	SAISON 2026	1 page

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.

<p>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.</p> <p align="center">Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon Ton âge : ans</p>		
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 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 de sport ?	<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"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
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"/>
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 décédé 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.**