



DEMANDE D'ADHESION - MINEURS

Complexe Multisports La Milliaire
71, rue Paul Albert
57100 Thionville
Tél : 06 71 24 91 74
secretaire@escrime-3-frontieres.fr

Inscription saison 2025 - 2026

TIREUR Mr/Mme

Nouvelle adhésion

Renouvellement adhésion

Nom _____	Prénom _____
Date de naissance _____	Nationalité _____
Ville de naissance _____	Catégorie _____
<input type="checkbox"/> Droitier	<input type="checkbox"/> Gaucher
Coordonnées (du représentant légal) Nom _____	Prénom _____
Adresse _____	Code postal _____
Ville _____	Pays _____
Tél mobile _____	Tél fixe _____
Email _____	@ _____

Certificat médical

OUI / NON

Attestation de Santé pour les mineurs

OUI / NON

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom _____	Prénom _____
Lien de parenté _____	Tél _____

Autorisations

Je soussigné(e) <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M	Nom _____	Prénom _____
Représentant légal de l'enfant	Nom _____	Prénom _____

Autorise / N'autorise pas le maître d'armes ou les organisateurs à faire appel à un médecin en cas d'urgence, à faire pratiquer toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait mon état de santé.

Autorise / N'autorise pas la prise de photographies et de vidéos lors des entraînements et des compétitions par les personnes représentants **E3F** lors des manifestations sportives ainsi que la parution de ces photos et vidéos dans la presse, les réseaux sociaux ou le site internet du club dans le cadre de résultats sportifs.

Autorise / N'autorise pas l'utilisation de mes coordonnées téléphoniques afin de faire partie de la communauté E3F sur WhatsApp.

Fait à THIONVILLE le _____ 2025

Signature (du représentant légal) précédée de la mention « Lu et approuvé »

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

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.

NOM : _____ Prénom : _____ Âge : _____

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 desport ?	<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)		
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		
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		
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.

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.



ATTESTATION DE SANTÉ POUR LES MINEURS

EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE
LICENCE À LA FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ESCRIME

A remettre à l'association

(Ne pas joindre le questionnaire de santé)

Je soussigné M/Mme

Prénom : Nom :

exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : Nom :

atteste qu'elle/il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale

TARIFS 2025/26	LICENCE 0	COTISATION	TOTAL
M5 (2021 et 2022)	34 €	150 €	184 €
M7 (2019 et 2020)	34 €	180 €	214 €
M9 (2017 et 2018)	57 €	210 €	267 €
M11 et M20 (2006 à 2016)	70 €	240 €	310 €

Mise à disposition de matériel

1 Veste + 1 Pantalon	50 € (M5 à M9)	60 € (M11 à M20)	REF/P REF/V
Masque	30 € (M5 à M9)	40 € (M11 à M20)	REF/M

Une caution de 200 € (M5 à M9) / 300 € (M11 à M20) est à fournir, elle ne sera pas encaissée, sauf si le matériel n'est pas restitué en fin de saison (propre et en bon état).
Le matériel doit être rapporté propre (intérieur du masque nettoyé, pantalon et veste lavés).

Mode de règlement choisi

- Chèque(s) à l'ordre de E3F Espèces PASS 70€
- Paiement en 1 fois à l'inscription OUI / NON
- Paiement en 3 fois OUI / NON
- Réduction famille (- EUR 20 par famille) OUI / NON

Réservé à E3F	
V + P <input type="checkbox"/>	Masque <input type="checkbox"/>
Chèque de caution <input type="checkbox"/>	
Option licence <input type="checkbox"/>	
Ticket assurance <input type="checkbox"/>	
Cotisation E3F <input type="checkbox"/>	
Attestation mineurs <input type="checkbox"/>	
Certificat médical <input type="checkbox"/>	
QS-Sport <input type="checkbox"/>	

Fait à THIONVILLE le _____ 2025

Signature (du représentant légal) précédée de la mention « Lu et approuvé »