



PEKA BLOC

7 Bd de l'Industrie

41000 Blois

contact@pekabloc.com

Sas PKB. Siret 91240162700019

Décharges et autorisations

Autorisations parentales pour les mineurs :

Je, soussigné Madame / Monsieur _____, en ma qualité de mère / père / tuteur(rice), autorise _____ à participer aux activités proposées par Péka Bloc.

J'autorise Péka Bloc à utiliser l'image de mon enfant, captée lors des entraînements, à des fins de promotion d'information des activités de l'entreprise, et de la salle Péka Bloc dans laquelle sont dispensés les cours.

Le _____ à _____

Signature du responsable légal

Autorisations pour les majeurs :

J'autorise Péka Bloc à utiliser mon nom et mon image captée lors des entraînements, à des fins de promotion et d'information des activités de l'entreprise, et de la salle Péka Bloc dans laquelle sont dispensés les cours.

Je déclare également que je ne présente pas de contre-indications médicales à la pratique de l'escalade / du parkour et que je suis en possession d'un certificat médical datant de moins d'un an attestant de l'absence de telles contre-indications.

Péka Bloc s'engage à respecter et ne pas dénaturer l'image du contractant.

Le _____ à _____

Signature du pratiquant

Décharge de responsabilité :

(à remplir par l'élève majeur ou le responsable légal de l'élève)

Je, soussigné(e) Madame / Monsieur _____, déclare dégager de toutes responsabilités **PÉKA BLOC** ou ses responsables en cas d'incident sur les biens personnels de l'adhérent se produisant dans le cadre des activités, événements et entraînements organisés par Péka Bloc.

Le _____ à _____

Signature du pratiquant ou du responsable légal



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur.

(Annexe II-23, art. A.231-3 du code du sport)

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 <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 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)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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.

FAIT A **LE**

SIGNATURE



PEKA BLOC

7 Bd de l'Industrie

41000 Blois

contact@pekabloc.com

Sas PKB. Siret 91240162700019

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom et Prénom : _____

Demeurant : _____

Et pour les mineurs, le parent/représentant légal :

Nom et prénom : _____

Demeurant : _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise Péka Bloc dont le siège est situé à Blois et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors des activités réalisées dans le cadre de sa programmation.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, supports numériques, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable. Dans le cas où une telle photographie serait tout de même exploitée, les personnes photographiées pourront en demander la suppression.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à _____, le _____ .

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »