

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 – 2027

**À DEPOSER permanence** Lundi/ jeudi / Vendredi 17-19h CAFGI

**AVANT de REMPLIR ce dossier, d'ADHERER ou RE-ADHERER  
ASSUREZ-VOUS que la session ne soit pas COMPLET**

1

**NOM, PRÉNOM:** .....

**NE(E) LE :** .....

## 1. INSCRIPTION AU CLUB ALPIN GRENOBLE ISERE

L'adhésion au club est obligatoire pour obtenir un **NUMERO DE LICENCE** :

## 2. SI L'ENFANT EST DEJA LICENCIE :

**Son email :** .....@ .....

**Son téléphone :** .....

**INDISPENSABLE** POUR PERMETTRE COMMUNICATION DE LA PART DES  
ENCADRANTS

## 3. SI L'ENFANT EST UN NOUVEL ADHERENT :

**Son email :** .....@ .....

**Son téléphone :** .....

**INDISPENSABLE** POUR PERMETTRE COMMUNICATION DE LA PART DES  
ENCADRANTS

Nom, prénom d'un responsable : .....

Contacts téléphoniques : .....

Adresse : .....

CP, commune : .....

**Mardi**

**Mercredi**

**Mercredi**

**Jeudi**

**Jeudi**

## 4. CHOIX DE LA SESSION ECOLE ESCALADE

12-14 ans ☐ 11-14 ans ☐ 13-18 ans ☐ 10-12 ans ☐ 14-18 ans ☐

## 5. SI FRATRIE PRECISER

**RESERVE CAFGI**

NOM Prénom (N°1) ..... ID N° .....

NOM Prénom (N°2 – 20 €) ..... ID N° .....

NOM Prénom (N°3 – 35 €) ..... ID N° .....

## 2. ENGAGEMENT D'ASSIDUITE A L'ECOLE D'ESCALADE

***Je soussigné, licencié et inscrit à l'Ecole d'Escalade, m'engage à faire preuve d'assiduité pendant toute la saison***

***SIGNATURE DU LICENCIÉ***

***OPTION : WEEK-END DECOUVERTE les 26&27 septembre***

***MONTANT : 88€***

## 3. RÈGLEMENT DE L'ACTIVITÉ

**MONTANT TOTAL**

**€**

(1) Aménagement possible du règlement en 3 fois : 15/10/2026– 15/01/2027– 15/04/2027

| CARTE DE CRÉDIT <input type="checkbox"/> |              | ESPÈCES <input type="checkbox"/> |              |       |
|------------------------------------------|--------------|----------------------------------|--------------|-------|
| CHÈQUE/S (1) <input type="checkbox"/>    |              | Nom du titulaire .....           |              |       |
| NOMBRE                                   | MONTANT<br>1 | MONTANT<br>2                     | MONTANT<br>3 | TOTAL |
|                                          |              |                                  |              |       |

AUTRES MOYENS (précisez le TYPE) ☐ .....

**REDUCTION POSSIBLE A L'ACCUEIL DU CAFGI SUR  
PRESENTATION OBLIGATOIRE LE JOUR DE L'INSCRIPTION  
DU PASS'REGION, DU PASS'SPORT OU DU TATTOO POUR VALIDATION**

+ **PASS'REGION** (2) ☐ **PASS'SPORT** (3) ☐ **TATTOO** (4) ☐

(2) 30 € / licence sportive annuelle (Conseil Régional Auvergne-Rhône-Alpes – « Pass'Région ») se munir du **code d'utilisation** de la carte Pass'Région jeunes

(3) 50€ / pratique une activité sportive (Etat -CAF si bénéficiaire ARS– « Pass'sport »)

(4) Jusqu'à 60 € / activité sportive ( Conseil départemental Isère - carte Tattoo)

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026– 2027  
ECOLE D'ESCALADE  
**AUTORISATION PARENTALE**  
**POUR NOM, PRENOM :**

3

Les activités proposées par le Club Alpin Français Grenoble Isère lors des cours et des sorties de l'École d'Escalade et de l'École d'Aventure se déroulent en milieu spécifique : vertical, souterrain, aquatique, montagne estivale, montagne enneigée, glace, rocher... selon les activités proposées. Ces milieux sont équipés ou non, sont aseptisés ou non, mais ils comportent toujours des risques.

Ces activités sont encadrées par des professionnels de la discipline et/ou par des bénévoles diplômés du Club dont les compétences et l'expérience dans les activités sont reconnues par le Club.

Les mineurs sont sous la responsabilité des encadrants du Club uniquement pendant la durée officielle du cours ou de la sortie. Lors des sorties et des stages, une fiche d'information (ou encore appelée feuille de route) contenant les détails pratiques est transmise aux parents (type hébergement et de transport, nom et qualification des encadrants, lieu...).

*Ainsi, en inscrivant notre enfant à l'École d'Escalade et/ou à l'École d'Aventure du CAF Grenoble Isère, Nous, soussignés (rayer la mention inutile)*

le père (Nom et Prénom) : \_\_\_\_\_

et/ou

la mère (Nom et Prénom) : \_\_\_\_\_

et/ou

le tuteur légal (Nom et Prénom) : \_\_\_\_\_

certifions avoir pris connaissance des informations citées ci-dessus et les accepter.

***En cas d'urgence, j'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) les responsables de l'encadrement à prendre toute décision concernant :***

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone portable père : \_\_\_\_\_

Téléphone portable mère : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe domicile père : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe domicile mère : \_\_\_\_\_

Téléphone travail père : \_\_\_\_\_

Téléphone travail mère : \_\_\_\_\_

***J'autorise mon enfant à quitter seul le cours une fois terminé sans adulte responsable***

OUI ☐ NON ☐

***Date et signature du responsable légal : (les parents doivent signer tous les deux)***

***Le père***

***La mère***

***Le tuteur***

**DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 – 2027**  
**ECOLE D'ESCALADE**  
**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**POUR NOM, PRENOM :** .....

4

Groupe Sanguin : .....

Allergies connues : .....

.....

Antécédents médicaux (accidents, blessures,...) : .....

.....

Maladies ou troubles connus : .....

.....

Traitement de longue durée et fréquence des prises : .....

.....

Recommandations des parents : .....

.....

.....

**En cas d'accident, le jeune sera transporté par les services de secours au centre hospitalier le plus proche de l'accident.**

Nom et téléphone du médecin traitant : .....

.....

*Il est vivement recommandé de veiller à la présence de la « fiche secours » dans une poche intérieure du sac à dos - [http://www.cafgrenoble.com/o6\\_leclub/securite/fiche.html](http://www.cafgrenoble.com/o6_leclub/securite/fiche.html)*

***Date et signature du responsable légal : (les parents doivent signer tous les deux)***

***Le père***

***La mère***

***Le tuteur***

**DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 – 2027**  
**ECOLE D'ESCALADE**  
**DROIT A L'IMAGE**

5

**POUR NOM, PRENOM :** .....

Nous, soussignés (rayer la mention inutile)

Le père, (nom) .....

La mère, (nom) .....

Le tuteur légal, ( nom ) .....

autorise/sons les responsables du Club Alpin Français Grenoble Isère à publier des images de mon enfant prises lors des activités proposées par le club sur les supports suivants :

Bulletin, revue et tout document à diffusion interne au club (cité ci-dessus) :.....O U I /  
NON

Site Internet du club (cité ci-dessus) :..... OUI/  
NON

Journal, presse, expositions, projections locales : .....O U I /  
NON

Bulletin, revue, et tout document à diffusion interne à la Fédération Française des Clubs Alpins de Montagne (F.F.C.A.M.) : .....O U I /  
NON

Site Internet de la F.F.C.A.M. : .....O U I /  
NON

Tout site Internet (en lien avec la FFCAM ou le Club) : .....O U I /  
NON

Presse nationale spécialisée (revues de montagne...) : .....O U I /  
NON

Toute presse (en lien avec la FFCAM ou le Club) : .....O U I /  
NON

Tout film ou diaporama à diffusion interne à la F.F.C.A.M. : .....O U I /  
NON

Tout film ou diaporama : .....O U I /  
NON

***Date et signature du responsable légal :(les parents doivent signer tous les 2)***

***Le père***

***La mère***

***Le tuteur***

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2026 – 2027

## ECOLE D'ESCALADE

### ATTESTATION DE SANTE

6

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 (Annexe II-23 de l'article A231-3 du code du sport)

**Avvertissement 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.**

| Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                              | 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 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"/> |
|                                                                                                          | <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"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                                |                          |                          |
| <b>Te sens-tu très fatigué (e) ?</b>                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?</b>                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?</b>                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Te sens-tu triste ou inquiet ?</b>                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Pleures-tu plus souvent ?</b>                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?</b>                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |
| <b>Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?</b>                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?</b>                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?</b>                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| <b>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 ?</b>                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?</b>                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?</b><br><br>(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"/> |
| <b>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.</b>                    |                          |                          |



Questionnaire rempli le

Signature