

# Programme Aquathlon d'Oullins 21e édition

Dimanche 25 septembre 2022  
--- Piscine Municipale d'Oullins ---



## Aquathlon - matin

"S" (2006 et avant)  
"S en relais" (2010 et avant)

700m de natation  
4km de course à pied

"XS" (2010 et avant)  
"XS en relais" (2010 et avant)

400m de natation  
2km de course à pied

## Aquathlon - Jeunes - après-midi

Benjamins (2009 à 2010)

300m de natation  
2km de course à pied

Pupilles (2011 à 2012)

200m de natation  
1,5km de course à pied

Poussins (2013 à 2014)

100m de natation  
1km de course à pied

Mini-Poussins (2015 à 2016)

50m de natation  
500m de course à pied

Aquathlon		Matin		Podium	12h15
Entrée Parc	Départ	Course	Natation	Course à pied	
8h30	9h00	Format S et S en relais	700m	4km	
	Vague 2 (+20mn)				
	Vague 3 (+20mn)				
10h40	11h00	Format XS et XS en relais	400m	2km	
	Vague 2 (+10mn)				
	Vague 3 (+10mn)				
Aquathlon Jeunes		Après-midi		Podium	16h00
Entrée Parc	Départ	Course	Natation	Course à pied	
12h30	13h00	Benjamins	300m	2km	
13h40	14h00	Pupilles	200m	1,5km	
14h35	14h45	Poussins	100m	1km	
15h20	15h30	Mini-Poussins	50m	500m	



terre de running

Intermarché OULLINS



PEDALEUR

Crédit Mutuel  
LA banque à qui parler

2B:a  
aménagement  
INVENTONS VOTRE ESPACE

Ville  
d'Oullins

PATRICK SOURBÈS

Mp 10000000000

**BULLETIN d'INSCRIPTION AQUATHLON**  
**25 septembre 2022**

*Pour les mineurs non licenciés FFTRI, merci de compléter le formulaire de santé (certificat médical non obligatoire) et fournir une autorisation parentale*

NOM : .....PRENOM : .....Sexe : M / F

ADRESSE : .....

CP : .....VILLE : .....TEL : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... E-MAIL : .....@.....

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e), Dr .....

Atteste que Mr / Mme.....

Ne présente aucune contre indication à la pratique de l'Aquathlon en compétition.

Date :

Signature :

Tampon :

**AUTORISATION PARENTALE : (pour tous les mineurs non licenciés)**

Je soussigné Mr / Mme :..... Autorise mon fils / ma fille :.....

à participer à l'Aquathlon organisé le 25/09/2022 à Oullins par Oullins Triathlon.

Signature :

# FORMULAIRE DE SANTE POUR LES MINEURS

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Annexe II-23 (art. A231-3)

Version en vigueur depuis le 09 mai 2021

[Création Arrêté du 7 mai 2021 - art. 2](#)

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

**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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</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 ?	<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"/>
<p><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></p>		

Date : le    /    /

**Signature**

**Le représentant légal**