

**L'adhésion au club ouvre droit :**

Aux séances d'initiation, perfectionnement et entraînement de toutes les sections compatibles avec son niveau de pratique, à une licence à la FFRS (Y compris assurance de base), aux randonnées encadrées (lorsque les conditions météo le permettent)

Nom du licencié : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone 1 : ..... Téléphone 2 : .....

Email 1 (obligatoire pour recevoir la licence) : .....

Email 2 : .....

**Si mineur :** nom et prénom du représentant légal : .....

- Création       Renouvellement licence n° .....       Renouvellement Covid 19, licence n° .....  
 Compétition       Loisir       Non pratiquant       Dirigeant

**Disciplines :** (si plusieurs disciplines sélectionnées, entourer la principale)

- Randonnée     Roller hockey (loisir uniquement)     Course       Roller derby       Roller dance  
 Baby roller     Cours famille       Cours Ados

**Assurances :**

Le soussigné (ou son représentant légal) déclare :

- Avoir été informé de l'intérêt que représente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut l'exposer
- Avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information aux garanties d'assurance « individuelle accident » attachées à la Licence Fédération Française Roller et Skateboard (FFRS) (notice disponible sur le site FFRS « assurance » et Rolskanet), et notamment des dispositions relatives aux garanties de bases incluses dans la licence et de la possibilité de souscrire une couverture individuelle accident « option complémentaire ».

Je déclare :

- adhérer à l'assurance Garanties de base individuelle accident (ou dommages corporels) – Contrat n°101.625.000.

Fait à ....., le ..... Signature :

**Droits à l'image :**

La présente inscription implique également l'acceptation de l'utilisation des photos des participants qui pourraient être prises lors des différentes activités du GROL Vannes Agglo (cours, championnats, etc...) et réutilisées sur les différents supports de communication sans qu'il leur soit dû des droits d'image

**Données personnelles :**

Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFRS. A défaut, votre demande de licence ou de renouvellement de licence ne pourra être prise en considération. Vous autorisez expressément la FF Roller à traiter et conserver par informatique les données vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès, en application des art. 39 et suivants de la loi du 6 juillet 1978 modifiée, de rectification et de mise à jour des données vous concernant auprès du service "vie fédérale" de la FF Roller ou sur votre espace licencié de la base de données Rolskanet. Ces informations sont destinées à la FFRS et peuvent être communiquées à des tiers. Vous pouvez choisir de la part de qui vous pouvez recevoir des informations.

- Mailing interne FFRS, ligue, CD et club (recommandé)  
 Tout mailing  
 Aucun mailing

**Règlement intérieur :**

Je certifie avoir pris connaissance et m'engage à respecter le règlement intérieur, accepte les statuts et la charte de ma section disponibles sur le site grol.fr.

Date : ..... Signature du licencié (ou s'il est mineur de son représentant légal) :

**Autorisation parentale (pour les mineurs)**

Je soussigné : ..... représentant légal de ..... l'autorise à participer aux séances et activités organisées par le GROL Vannes Agglo durant la saison 2020/2021.

J'ai noté que : Le GROL Vannes Agglo ne saurait être tenu responsable des événements survenus en dehors des séances de cours et autres activités (stages, randonnées, etc...) encadrées par le Club.

Fait à ....., le ..... Signature

**Renseignements en cas d'urgence :**

En cas d'accident prévenir :

1/ Nom : ..... tél : .....

2/ Nom : ..... tél : .....

En cas d'accident pendant les activités j'autorise les encadrants à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires.

Médecin traitant : (nom-ville) ..... tél : .....

Lieu souhaité d'hospitalisation : .....

Indications médicales particulières (allergies, hémophilie etc...) : .....

**Cotisations :**

Par chèque bancaire libellé à l'ordre du **GROL Vannes Agglo** ou chèques vacances.

AGE	Tarifs
- 6ans	99,00 €
+ 6 ans	117,00 €
Compétition vitesse	144,00 €

Plusieurs personnes de la même famille (ne faire qu'un seul chèque)

- 5 % si 2 personnes de la même famille- 10 % si 3 personnes ou plus

Pour une 1ère inscription, fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique du roller (si possible en compétition) de moins de 1 an.

**Attestation de questionnaire santé CONFIDENTIEL pour un renouvellement de licence**

Elle est obligatoire pour toute demande de renouvellement de licence pratiquant loisir et compétition

**Pour un majeur :**

Je soussigné, Monsieur/Madame ..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Pour un mineur :**

Je soussigné, Monsieur/Madame ..... en ma qualité de représentant légal de ..... atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Le ..... Signature

**GROL Vannes Agglo**

Maison des associations -31 rue Guillaume Le Bartz – 56000 VANNES

tél : 06.67.28.19.25 - mail : info@grol.fr - Site : www.grol.fr

Agrément : DDJS : 56S 1115 Siret : 444 178 255 00030

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Cerfa 15 699\*01

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

## 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, 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  un garçon  Ton âge :            ans

#### Depuis l'année dernière

	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input checked="" 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.**