



### Espace réservé au Club :

- Cotisation Chq n° : ..... PASS SPORT n° : .....
- Attestation d'assurance
- Certificat médical, date : ...../...../.....  Loisir  Compétition
- Droit à l'image  oui  non
- Attestation de paiement (sur demande de l'adhérent)

## **ADHÉSION SAISON 2024 – 2025**

Siège Social : Maison du Sport

Place Paul Langevin  
58640 VARENNES-VAUZELLES

Lieu des cours : Ecole Élémentaire Romain Rolland

rue Louis Bodin  
58640 VARENNES-VAUZELLES

Horaires : 10h à 12h

**Prévoir de venir 15 min avant pour s'équiper**

Information club :

- Présidente : Madeline LEDEY
- Président adjoint : Didier PAUPERT
- Trésorière : Amandine ROYER
- Secrétaire : Jessica CHANLIAU
- Chargé d'animation : Mathias PASSIGNAT

Site internet : <https://asavrollerteam.sportsregions.fr/>

Adresse mail : [asav.rollerteam@gmail.com](mailto:asav.rollerteam@gmail.com)

Téléphone : 07.44.86.37.27

### DOCUMENTS À JOINDRE ET COTISATION

- 1 attestation d'assurance extra-scolaire pour les enfants,
- Le règlement de votre inscription, "Cheque, especes, pass sport"
- Certificat médical "si compétition"
- Attestation QS sport mineur ou majeur."si loisirs"

### TARIFS

Adhésion :

- adulte (12 à 77 ans) : **70 €**.
- enfant de 6 à 11 ans inclus : **50 €**
- A partir de 4 membres de la même famille : **40€ / pers.**

Licence Fédérale, en plus de l'adhésion : OUI NON (rayé mention inutile)  
- 6-12 ans (en plus de l'adhésion) : 19,31€ - plus de 13 ans : 38,01€

**(la licence fédérale n'est pas nécessaire pour la pratique des cours, elle est envisagée seulement pour les compétitions)**

## Achat groupé octobre 2024

T-shirt Logoté



| Nombre | Taille | Tarif | Total |
|--------|--------|-------|-------|
|        |        | 13€   |       |

Sweat Logoté



| Nombre | Taille | Tarif  | Total |
|--------|--------|--------|-------|
|        |        | 26,50€ |       |

Veste Logoté



| Nombre | Taille | Tarif | Total |
|--------|--------|-------|-------|
|        |        | 49€   |       |

Gourde Logoté



| Nombre | Taille | Tarif | Total |
|--------|--------|-------|-------|
|        |        | 6€    |       |

## FICHE D'INSCRIPTION

### ADHÉRENT

|   |  |
|---|--|
| <b>NOM</b>                                      |  |
| <b>PRÉNOM</b>                                   |  |
| <b>DATE DE NAISSANCE</b>                        |  |
| <b>Si mineur,<br/>nom et prénom des parents</b> |  |
| <b>ADRESSE</b>                                  |  |
| <b>TÉLÉPHONE</b>                                |  |
| <b>MAIL</b>                                     |  |
| <b>N° Agent SNCF</b>                            |  |

### **PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (pour les enfants et les adultes, deux personnes maxi)**

| NOM | PRÉNOM | LIEN DE PARENTÉ | TÉLÉPHONE |
|-----|--------|-----------------|-----------|
|     |        |                 |           |
|     |        |                 |           |



## Règlement intérieur

### Article 1

Le fait de participer aux activités du club vous engage à être à jour de votre cotisation (exigible en une seule fois). Après le troisième contact, le bulletin d'adhésion sera rempli, signé et la cotisation exigée.

### Article 2

Le certificat médical joint à l'inscription et complété par votre médecin est obligatoire pour effectuer des compétitions.

Le QS Sport mineur ou majeur sera à fournir obligatoirement à chaque inscription, si une case oui est cochée dans le QS sport, un certificat médical complété par votre médecin sera obligatoire pour toute inscription.

### Article 3

Le port de protections : casque, protèges poignets, genouillères et coudières sont obligatoires.

**Les adultes pratiquant sans protections prennent leurs responsabilités.**

Les rollers doivent obligatoirement être équipés d'un frein en bon état.

**Chaque adhérent doit disposer de son propre matériel (rollers et protections) un mois après son inscription.**

### Article 4

Chaque adhérent se doit de respecter scrupuleusement les horaires : **le dimanche de 10h à 12h**. Ces horaires sont le début et la fin des cours et ne tiennent pas compte du délai pour s'équiper (**attention ! prévoir le temps avant et après les séances soit environ 15 min**).

### Article 5

Ne pas tenir de propos racistes, diffamatoires, discriminatoires, homophobes. Respecter l'encadrement et les autres membres du club.

Respecter le matériel et les locaux.

### Article 6

A chaque début de séance, des groupes seront formés suivant le niveau de pratique de roller de chacun par les membres organisateurs. Chaque adhérent se doit de respecter cette organisation.

### Article 7

Chaque adhérent doit respecter le code de la route lors des sorties. Ainsi que les règles données par les encadrants.

### Article 8

Chaque adhérent doit conserver visiblement sur lui sa carte de membre lors des entraînements et des sorties.

### Article 9

Chaque adhérent se doit de respecter le règlement intérieur sous peine de renvoi immédiat et définitif du club après commission disciplinaire (formée par les membres du bureau et du conseil d'administration) sans remboursement.

J'accepte le présent règlement intérieur,

Signatures :

Date : ...../...../.....

L'adhérent :

Le représentant légal :



## **AUTORISATION D'ACTES MÉDICAUX POUR LES PERSONNES MINEURES.**

Je soussigné(e).....,

Père, Mère, Tuteur, autorise les responsables du Club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident (examens, soins...) pour l'enfant....., et repartir avec un responsable du club.

Fait à : ....., le .....

Signature(s) :

## **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (majeur et mineur)**

Cette partie est facultative mais elle nous permet de savoir réagir en cas de malaise ou d'accident et de prévenir les secours.

PATHOLOGIES.....

ALLERGIES.....

TRAITEMENTS.....



## AUTORISATION PARENTALE ET DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) .....,  
Père, Mère, Tuteur de l'enfant....., autorise et accepte qu'il ou elle soit :

- Photographié(e) pendant les activités de roller et que ces images puissent être publiées dans la presse locale, les bulletins, ou sur le site internet, facebook et instagram de l'ASAV ROLLER TEAM.
- Inscrit(e) à l'ASAV ROLLER TEAM et puisse participer aux activités et loisirs proposés.
- Emmené(e) en voiture, minibus, ou dans les transports en commun par les membres organisateurs des sorties.

Fait à : ....., le .....

Signature(s) :

## **RÈGLEMENT COTISATION**

Cotisation réglée par (Nom et prénom) : .....

- En espèce
- par chèque n°.....à l'ordre de 'ASAV Roller Team'
- par PASS SPORT n°.....

Fait à : ....., le .....

Signature :



**QUESTIONNAIRE DE SANTE OS-SPORT**

**ATTESTATION**

**Pour un majeur :**

Je soussigné(e), Monsieur / Madame [NOM Prénom] .....  
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé **QS-SPORT Cerfa N°15699\*01** et avoir répondu  
par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date...../...../.....

Signature du sportif :

**Pour les mineurs :**

Je soussigné(e), Monsieur / Madame, (NOM Prénom).....  
En ma qualité de représentant légal de [NOM Prénom] .....  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé **QS-SPORT (ANNEXE II-23, Art. A.  
231-3 du code du sport)** et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date...../...../.....

Signature du représentant légal :



## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU ROLLER

Je soussigné....., Docteur en médecine, certifie :

Avoir examiné Mlle, Mme, M :

Nom : .....

Prénom :.....

Né(e) le : .....

Et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre indiquant la pratique :

- du roller en loisir (certificat valable 3 ans)
- du roller en compétition (certificat valable 1 an)

Fait le...../...../..... , à.....

Signature et cachet du médecin,

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION D'UNE LICENCE (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 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 ?<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>         |                          |                          |

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### 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.