



FORMULAIRE D'ADHESION MINEUR

ADHERENT(E) :

Nom : Prénom :
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M / F
Adresse postale :
CP : Ville :
Tél : ____/____/____/____/ Mail :

REPRESENTANT(E) LEGAL(E) :

Nom : Prénom :
Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M / F
Adresse postale :
CP : Ville :
Tél : ____/____/____/____/ Mail :

AUTORISATIONS ET DECHARGES LEGALES

"Je soussigné(e) *Nom* : *Prénom*

Représentant(e) légal(e) de *Nom* : *Prénom* :

- ✓ *Atteste que le mineur inscrit, dont je suis le représentant(e) légal(e), est capable de nager 25 mètres départ plongé et de s'immerger lors des activités nautiques.*
- ✓ *Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et m'engage à me référer aux annexes sur les sites d'activités de l'association.*
- ✓ *Atteste que le mineur inscrit, dont je suis le représentant(e) légal(e) est autorisé à participer aux activités organisées par l'USMM Section voile.*
- ✓ *Montargis Voile lors du présent accueil ou stage.*
- ✓ *J'autorise, l'USMM Section voile à utiliser les images fixes ou audiovisuelles, les reportages écrits, photographiques, sonores ou audiovisuels sur lesquelles le mineur, dont je suis le représentant(e) légal(e) et moi-même pourrions apparaître, à l'occasion des activités de la section. L'utilisation de l'image du mineur, dont je suis le représentant(e) légal(e), pourrait être utilisé pour la réalisation de matériel promotionnel en relation avec les activités de la section voile. OUI / NON*
- ✓ *J'autorise le mineur inscrit, dont je suis le représentant(e) légal(e) à venir et rentrer seule. OUI / NON*

Fait à Le

Signature *représentant(e) légal(e)*,

REGLEMENTS :

Total à régler : Mode de règlement :

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
DELIVRANCE DE LICENCE - MINEUR
FEDERATION FRANÇAISE DE VOILE**

Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants mineurs prenant leur licence¹ au sein de la Fédération Française de Voile.

Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.

Le contenu de ce questionnaire est fixé à l'Annexe II-23 du Code du Sport et a été reproduit à l'identique par la FFVoile dans le tableau ci-dessous.

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 (ou représentants légaux) de t'aider.

Tu es une Fille un Garçon

Ton âge : ans

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON

Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité

OUI

NON

Durant les 12 derniers mois :

1. Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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"/>
8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Licence Club, Licence Temporaire ou Passeport Voile

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
13. Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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 :		
19. Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents (ou représentants légaux) :		
22. 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"/>
23. Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. 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 vous avez répondu NON à toutes les questions :

Il est constaté que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de la voile. Vous n'avez donc pas besoin de présenter un certificat médical et pouvez simplement remplir l'attestation dédiée (voir ci-dessous) dans votre club.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Vous devez consulter un médecin et lui présenter le questionnaire de santé.
La pratique de la voile sera subordonnée à la présentation d'un certificat médical.

ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTE - MINEUR

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Représentant(e) légal(e) de :

Nom :

Prénom :

Numéro de Licence :

Atteste que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, dont je suis le représentant légal, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

Date et signature du représentant légal