

# COURS DE TROTTINETTE

## DOSSIER D'INSCRIPTION



Photo d'identité à  
coller

### IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE

Nom : .....

Prénom : .....

(facultatif)

- Licencié(e) à Clermont Skate School - **NE REMPLIR QUE LA PAGE 1**
- Non licencié. - **REEMPLIR TOUTES LES PAGES**

### FORMULE SOUHAITÉE

Cours à l'heure [40 euros/heure]

Forfait 5 séances d'une heure [120 euros]

#### Disponibilités et/ou préférences

Jours                      horaires

**Lundi** .....  
**Mardi** à partir de 19h15 .....  
**Mercredi** à partir de 19h15 .....  
**Jeudi** à partir de 19h15 .....  
**Vendredi** à partir de 19h15 .....  
**Samedi** matin .....  
**Dimanche** .....

Ces informations sont données à titre indicatif et nous  
permettrons de vous proposer des rendez-vous.  
Nous vous recontacterons dans tous les cas.

Fait à :

Le :

Signature du/de la stagiaire(e) ou du représentant légal :

**IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : ..... Sexe/genre :  féminin  masculin

Adresse : .....

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

Téléphone (licencié) : ..... Parent : .....

Mail : .....

**Attention !! Veuillez noter votre email lisiblement**

**VOLET MÉDICAL**

Nom, Prénom : .....

1/ Allergie connue : OUI NON (entourer votre réponse)  
Si oui la/lesquelles : .....

2/ Allergie médicaments : OUI NON (entourer votre réponse)  
Si oui le/lesquels : .....

3/ Traitement en cours : OUI NON (entourer votre réponse)  
Si oui le/lesquels : ..... fréquence : tous les : .....

4/ Interventions chirurgicales antérieures : OUI NON (entourer votre réponse)  
Si oui la/lesquelles : .....

Médecin traitant : ..... Ville : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

**CONTACT 1**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le/la licencié(e) : .....

Tél. : .....

**CONTACT 2**

Nom : .....

Prénom : .....

Lien avec le/la licencié(e) : .....

Tél. : .....

J'autorise tout encadrant de Clermont Skate School à prendre toutes les mesures médicales d'urgence nécessaires en cas de blessure y compris l'anesthésie générale si nécessaire en l'absence de réponse de la(les) personne(s) à prévenir en cas d'urgence inscrite(s) ci-dessus :  
OUI NON (entourer votre réponse)

Fait à :

Le :

Signature du/de la licencié(e) ou du représentant légal :

## AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné.e....., Père / Mère / Tuteur, autorise (Nom +prénom de l'enfant) .....à suivre les cours de skateboard organisés par l'association Clermont Skate School.

Les parents ou tuteurs légaux des enfants inscrits aux cours reconnaissent avoir pris connaissance des informations ci-jointes.

### Déclarations

(A lire et à cocher obligatoirement pour valider l'inscription)

- J'accepte le fonctionnement des cours et la possibilité que le cours soit annulé par l'éducateur au moins 30 minutes à l'avance pour causes de mauvais temps.
- Je suis conscient des dangers que peuvent impliquer la pratique de la trottinette et accepte pour moi ou pour mon enfant de prendre part à ces activités.
- Je décharge l'organisateur, l'association Clermont Skate School ainsi que les intervenants, de toute responsabilité et m'engage à n'engager aucun recours à leur rencontre, pour toute blessure quel qu'en soit la nature.
- J'autorise l'association à prendre toutes les dispositions nécessaires à préserver la bonne santé du mineur lors des entraînements, compétitions, stages et trajets.
- Je m'engage à respecter le règlement intérieur du Club et le Club se réserve le droit, en cas de non-respect de ce dernier à exclure l'adhérent sans possibilité de remboursement.

### Fin des cours – départ de l'enceinte sportive

La ou les personnes autorisée(s) à récupérer mon ou mes enfant(s) à la sortie des entraînements ou après un déplacement sont : (Nom Prénom Tél)

Parent 1 : .....

Parent 2 : .....

Tuteur- autre: .....

J'autorise mon ou mes enfant(s) à quitter seul.e-s l'enceinte sportive à la fin des séances.

OUI

NON (entourer votre réponse)

Fait à : ..... Date : .....

Signature

## ASSURANCES

**Tout stagiaire non licencié à Clermont Skate School sur la saison sportive en cours se verra attribuer une licence journée contractée auprès de la Fédération Française de Roller et Skateboard.**

Le soussigné (ou son représentant légal) déclare :

- avoir été informé de l'intérêt que présente 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'assurances «individuelle accident» attachées à la licence FF Roller et Skateboard (notice jointe, et également disponible en ligne sur le site de la FFRS, rubrique assurance, et sur Rolskanet\*), et notamment des dispositions relatives aux garanties de base incluses dans la licence et de la possibilité de souscrire une couverture Individuelle Accident dite «option complémentaire 1 ou 2».

Fait à : ..... Date : .....

Signature

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CLUB

L'adhésion à l'association Clermont Skate School vaut acceptation de son règlement intérieur disponible sur le site [www.clermont-skate-school.com](http://www.clermont-skate-school.com)

Je soussigné(e), ..... certifie l'exactitude de tous les renseignements fournis dans ce dossier d'inscription et atteste avoir pris connaissance du règlement interne et l'accepter.

Fait à : ..... Date : .....

Signature

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

Les éléments du dossier :

**SI LE STAGIAIRE EST LICENCIÉ À CLERMONT SKATE SCHOOL**

- La fiche d'inscription (page 1)
- Le règlement du montant de la formule

**POUR TOUTES LES LES AUTRES DEMANDES**

- La fiche d'inscription (page 1)
- La fiche d'identité et volet médical remplie et signée (page 2)
- La fiche d'autorisation parentale (page 3) (POUR LES MINEURS)
- La fiche assurance et règlement intérieur remplie et signée
- L'attestation questionnaire QS Sport
- Le règlement du montant de la formule

**RÈGLEMENT**

Règlement par chèque, espèces à l'ordre de "Clermont Skate School"  
(inscrire nom et prénom du/de la licencié(e) au dos du chèque)

Paielement Chèques Vacances accepté.

Si vous souhaitez un reçu de paiement merci d'envoyer votre demande par mail à : [tresoriere@clermont-skate-school.com](mailto:tresoriere@clermont-skate-school.com)

**INSCRIPTIONS - INFORMATIONS**

<b>Sébastien Martin</b>	06 87 31 15 67	<a href="mailto:president@clermont-skate-school.com">president@clermont-skate-school.com</a>
-------------------------	----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

**COORDONNÉES**

Contacts administratifs

Sébastien Martin (Président) :	06 87 31 15 67	<a href="mailto:president@clermont-skate-school.com">president@clermont-skate-school.com</a>
Jean-Baptiste Mignard (Secrétaire) :	06 25 33 70 99	<a href="mailto:secretaire@clermont-skate-school.com">secretaire@clermont-skate-school.com</a>
Catherine Nguyen (Trésorière) :	06 60 81 04 79	<a href="mailto:tresoriere@clermont-skate-school.com">tresoriere@clermont-skate-school.com</a>

Intervenant sportif

Marceau LADHOUÉ : 07 85 76 41 85

Où nous trouver

Clermont Skate School : 1 rue Albert Thomas 63000 Clermont Ferrand

## 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.