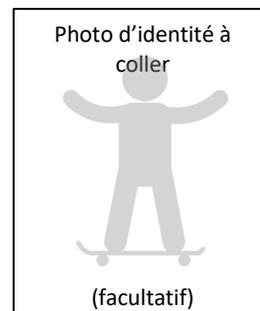


## Vacances d'automne 2024

### IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE

Nom : .....

Prénom : .....



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

### FORMULE SOUHAITÉE

**SEMAINE DU 28 AU 31 OCTOBRE**

**TOUS NIVEAUX**

Lieu envisagé : Picture Organic Clothing à Cébazat OU Stade Philippe Marcombes à Clermont-Ferrand (selon la météo)

- 4 jours (MATIN) [70 euros]  
10H – 12H

- Séance (MATIN) [20 euros]  
10H – 12H

**Lundi – Mardi – Mercredi – Jeudi**

*Entourez le(s) jour(s) de votre choix*

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 du skateboard 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 encontre, 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.

### Droit au transport

J'autorise mon enfant à être transporté en voiture particulière ou en bus ou mini bus, dans le cadre des déplacements sportifs.

OUI

NON (entourer votre réponse)

### 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

# CERTIFICAT MÉDICAL / ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

## IMPORTANT

Concernant le CERTIFICAT MÉDICAL, il existe plusieurs cas de figures.  
Dans tous les cas vous devez fournir soit un certificat médical soit une attestation liée au questionnaire de santé (Cerfa n°15699\*01 -joint).

Pour les mineurs et adultes en **licence loisir**, le certificat médical **n'est pas obligatoire**. En revanche, il vous faut remplir de façon personnelle et confidentielle le **Questionnaire de santé Cerfa** (n°15699\*01, ci joint). Si vous répondez OUI à une des questions, il vous faudra alors fournir un certificat médical.

Si vous répondez NON à toutes les questions, il vous suffit de joindre l'attestation (ci-joint) certifiant que chacune des rubriques du questionnaire de santé a donné lieu à une réponse négative.

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 liée au questionnaire de santé ou un certificat médical d'aptitude
- 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)

**NOUVEAU** Chèques Vacances accepté (papier ou dématérialisé)  
Chèques Up Sport&Loisirs

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

**INSCRIPTIONS - INFORMATIONS**

Laïla Karamy (Responsable stage) : 06 24 37 32 26 stage@clermont-skate-school.com

**COORDONNÉES**

Contacts administratifs

Sébastien Martin (Président) : 06 87 31 15 67 president@clermont-skate-school.com  
Jean-Baptiste Mignard (Secrétaire) : 06 25 33 70 99 secretaire@clermont-skate-school.com

Où nous trouver

Clermont Skate School : 1 rue Albert Thomas 63000 Clermont Ferrand

**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 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.**

**ATTESTATION DE SANTE**  
**questionnaire de santé QS-SPORT**

**Pour un mineur :**

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM] .....  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a  
répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à : ..... Date : .....

Signature



Fédération  
Française **Roller  
& Skateboard**

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé "Majeurs"

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 inexplicquée ?	<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.

**ATTESTATION DE SANTE**  
**questionnaire de santé QS-SPORT**  
)

**Pour un majeur :**

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

Fait à : ..... Date : .....

Signature