

# COURS PARTICULIER DE TROTTINETTE 2 PERSONNES

## DOSSIER D'INSCRIPTION



### IDENTITÉ & COORDONNÉES DU DEMANDEUR PRINCIPAL (PARENTS SI MINEUR)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

### FORMULE SOUHAITÉE

☐ Cours 1 heure **2 personnes**  
[50 € /heure]

☐ Forfait 5 séances d'une heure pour **2 personnes**  
[180 € - soit 90 € par stagiaire]

#### 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 :

## REEMPLIR UN FEUILLET PAR STAGIAIRE

### IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE [1]

Nom : .....

Prénom : .....

Licencié à Clermont Skate School ?

Si oui, indiquez uniquement le numéro de licence .....

Si non, renseignez les informations ci-dessous :

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 :

## REEMPLIR UN FEUILLET PAR STAGIAIRE

### IDENTITÉ & COORDONNÉES DU/DE LA STAGIAIRE [2]

Nom : .....

Prénom : .....

Licencié à Clermont Skate School ?

Si oui, indiquez uniquement le numéro de licence .....

Si non, renseignez les informations ci-dessous :

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 :

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

Le :

## AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné.e ....., demandeur principal, autorise les enfants à suivre les cours de trottinette 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 les enfants à la sortie des entraînements ou après un déplacement sont : (Nom Prénom Tél)

Parent 1 : .....

Parent 2 : .....

Tuteur- autre: .....

J'autorise les enfants à quitter seul.e-s l'enceinte sportive à la fin des séances.

OUI

NON (entourer votre réponse)

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 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)

Païement Chèques Vacances et Chèques Up Sport&Loisirs acceptés.

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

**INSCRIPTIONS - INFORMATIONS**

**Sébastien Martin**

06 87 31 15 67

president@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

Intervenant sportif

Marceau LADHOUÉ : 07 85 76 41 85

Où nous trouver

Clermont Skate School : 1 rue Albert Thomas 63000 Clermont Ferrand

**www.clermont-skate-school.com**

**ATTESTATION DE SANTE**  
**questionnaire de santé QS-SPORT**  
(si certificat médical toujours valable)

**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

---

**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 : .....

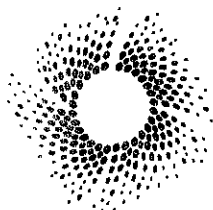
Signature

**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.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?</b><br><b>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.</b> |                          |                          |
| Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ton âge : ..... ans      |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| 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"/> |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                          |
| 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>                                                                                                                                  |                          |                          |



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 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.