



ROLLER  
HOCKEY  
SKATEBOARD  
ARTISTIQUE  
LONGBOARD

## DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2022 / 2023

### MERCI DE NOUS RETOURNER LE DOSSIER COMPLET AVEC :

- Le bulletin d'inscription joint (p.1-3)
- Nouveaux licenciés et licenciés roller hockey surclassés :**  
certificat médical datant de moins d'un an avec mention de la discipline pratiquée.
- Renouvellement de licence :** selon les réponses du questionnaire de santé joint **soit** l'attestation du questionnaire de santé (p.2) **soit** un certificat médical.  
Le questionnaire de santé lui-même est personnel et n'est pas à fournir.
- La cotisation par chèque à l'ordre du COP'S Pluvigner.  
Merci d'indiquer le nom du licencié au dos du chèque si différent de l'auteur.



**Dossier à remettre au responsable de la section à l'occasion  
des 3 premiers entraînements.**



**ATTENTION !!!** Pour des raisons d'assurance, sans dossier complet,  
nous serons dans l'obligation de refuser l'accès au terrain à l'issue  
du 3<sup>e</sup> entraînement.



**Renseignements :**  
[rollerscop.s@gmail.com](mailto:rollerscop.s@gmail.com)

N° AFFILIATION FFRS : 53056013

SAISON 2022 - 2023

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom et prénom du licencié : .....

Date et lieu de naissance du licencié : .....  F  M

Nom et prénom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél.(portable) du représentant légal : .....

Email du représentant légal (obligatoire pour recevoir la licence) : .....@.....

## Disciplines choisies :

 Roller randonnée  Roller hockey  Skateboard  Patinage artistique  Longboard Dancing

## Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande l'adhésion au Club et une licence FFRS :

Date et signature  
du licencié (ou s'il  
est mineur de son  
représentant légal)

Le ..... / ..... / .....

## Autorisation parentale de simple surclassement pour un licencié mineur :

Je soussigné(e), père , mère , tuteur légal , sous réserve de spécification sur son certificat médical, autorise l'enfant nommé ci-dessus à pratiquer en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.Date et signature du  
représentant légal

Le ..... / ..... / .....

## Autorisation de transport pour un licencié mineur :

En cas de déplacement du Club à l'extérieur de Pluvigner, je soussigné(e), ....., autorise les parents ou les dirigeants encadrant l'équipe à transporter mon enfant nommé ci-dessus dans leurs propres véhicules ou les véhicules loués pour la circonstance.

Date et signature du  
représentant légal

Le ..... / ..... / .....

## Droit à l'image :

Je soussigné(e), ....., autorise le COP'S Pluvigner, la fédération ou ses ligues, à utiliser sur ses supports de communication, des photos ou images vidéos où j'apparais/mon enfant apparaît à des fins exclusives de promotion de ses activités et à des fins non commerciales. Je reconnais que cette cession de droit est effectuée à titre gratuit et valable pour la durée de la saison sportive en cours.

Date et signature  
du licencié (ou s'il  
est mineur de son  
représentant légal)

Le ..... / ..... / .....

---

## CERTIFICAT MÉDICAL

---

### Nouveau licencié

Merci de fournir un certificat médical datant de moins d'un an. **Voir modèle joint.**

### Renouvellement de licence

#### • Le questionnaire de santé

Le questionnaire de santé (voir ci-joint) permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

#### • Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions, merci de remplir attestation suivante :

Je soussigné(e), ..... , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative aux neuf questions.

Date et signature  
du licencié (ou s'il  
est mineur de son  
représentant légal)

→ Le ..... / ..... / .....

#### • Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Merci de fournir un certificat médical (valable trois ans). **Voir modèle joint.**



**Le certificat médical est obligatoire chaque année en cas de demande de surclassement.  
Le questionnaire de santé lui-même est personnel et n'est pas à fournir.**

---

## ASSURANCES

---

Je soussigné(e), ..... , déclare avoir pris connaissance par l'intermédiaire de mon club COP'S Pluvigner des informations relatives à la notice d'assurance « dommages corporels » de base et des garanties complémentaires proposées par la FFRS (disponibles sur les sites [www.rollerscops-pluvigner.fr](http://www.rollerscops-pluvigner.fr), [www.ffroller.fr](http://www.ffroller.fr) et dans l'espace licencié sur RolSkanet) et je coche la case de mon choix :

Je ne souhaite pas souscrire à l'offre complémentaire de la MMA.

Je souhaite souscrire à l'offre complémentaire MMA et lui adresse directement les documents de souscription.

Date et signature  
du licencié (ou s'il  
est mineur de son  
représentant légal)

→ Le ..... / ..... / .....

---

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

---

Je soussigné(e), ..... , reconnaît avoir pris connaissance du règlement intérieur du COP'S Pluvigner sur le site [www.rollerscops-pluvigner.fr](http://www.rollerscops-pluvigner.fr), onglet « le club » puis « règlement intérieur » et m'engage à le respecter ou le faire respecter.

Date et signature du licencié  
(ou s'il est mineur de son  
représentant légal) précédée  
de la mention 'Lu et approuvé'

→ Le ..... / ..... / .....

---

## DONNÉES PERSONNELLES

---

Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFRS. A défaut, votre demande de licence ou de renouvellement de licence ne pourra être prise en considération. Vous autorisez expressément la FF Roller à traiter et conserver par informatique les données vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès, en application des art. 39 et suivants de la loi du 6 juillet 1978 modifiée, de rectification et de mise à jour des données vous concernant auprès du service « vie fédérale » de la FF Roller ou sur votre espace licencié de la base de données RolSkanet. Ces informations sont destinées à la FF Roller et peuvent être communiquées à des tiers. Vous pouvez choisir de la part de qui vous pouvez recevoir des informations :

Mailing interne (fédération, ligue, comité départemental et club)  Tout mailing (fédéral et commercial)  Aucun mailing

# QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LES MINEURS

« QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT 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

**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.**

|  |   |   |                          |                          |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Tu es :</b>   | <b>une fille</b> <input type="checkbox"/> | <b>un garçon</b> <input type="checkbox"/> | <b>Ton âge :</b>         |                          |
|  | <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"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ?  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                  | <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"/>                  | <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"/>                  | <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"/>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                  | <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"/>                  | <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>         |                          |                          |

# QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR TOUS



## 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.