

STAGIAIRE

☐ Mme ☐ Mr

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Adresse _____

Cp _____ Ville _____ Tel _____

Mail _____

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

☐ Mère ☐ Père ☐ Grand parent ☐ Autres _____

Nom _____ Prénom _____ Tel _____

☐ Mère ☐ Père ☐ Grand parent ☐ Autres _____

Nom _____ Prénom _____ Tel _____

AUTORISATIONS

Je certifie ☐ Avoir l'aptitude de m'immerger à plonger et nager 50m (pour les + de 16 ans)

☐ Avoir rempli le questionnaire de santé fourni par le centre nautique attestant n'avoir aucune contre indication à la pratique de l'activité

J'autorise

☐ OUI ☐ NON En cas d'urgence, à me conduire dans un établissement hospitalier, ainsi que toute intervention qui devra être pratiquée en cas de nécessité.

En m'inscrivant j'autorise de plein droit, que le CNMPL exploite à titre gratuit des images représentant le stagiaire, pour la réalisation exceptionnelle de support de communication faisant l'objet d'une diffusion (informations papier ,site web) Pour vous y opposer en joignant une demande « d'interdiction de diffusion d'images du stagiaire » mentionnant nom et prénom de la personne concernée

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et des conditions générales de vente affichés dans le hall du centre nautique et sur le site internet "page réservation".

Je certifie également avoir été informé qu'en cas d'annulation de l'activité de la part du stagiaire, quel que soit le motif donné aucun remboursement ne sera possible.

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Le _____

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RENOUVELLEMENT DE
LICENCE FEDERATION FRANÇAISE DE VOILE
Personne Majeure**

Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants renouvelant leur licence au sein de la Fédération Française de Voile et ayant déjà présenté un certificat médical ou rempli un questionnaire de santé l'an dernier. Il permet de savoir si vous devez fournir un nouveau certificat médical.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON <i>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</i>	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois :		
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2. Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3. Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4. Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6. Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour :		
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 ? Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
8. Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

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 nouveau certificat médical et pouvez simplement remplir l'attestation dédiée (voir ci-dessous) en ligne dans votre Espace Licencié (sauf pour le licencié mineur) ou 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

Je soussigné(e)

Nom : Numéro de Licence : Déclare avoir fourni un certificat médical ou rempli un questionnaire de santé l'an dernier et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. 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 titulaire ou du représentant légal si le licencié est mineur