



# DEMANDE D'ADHÉSION SAISON SPORTIVE

**2023/2024**

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inscription<br><input type="checkbox"/> Réinscription | <p><b>Section : Patinage adulte et bénévole</b></p> <p><b>Paieiment : Chèque</b> <input type="checkbox"/> <b>Espèces</b> <input type="checkbox"/> <b>Virement</b> <input type="checkbox"/> <b>Chèques vacances</b></p> <p><b>Certificat médical</b> <input type="checkbox"/> <b>Photo</b> <input type="checkbox"/></p>   |
| <b>Identité</b>  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup><br>Nom de l'adhérent :<br>Prénom :   |
| <b>Date et lieu de naissance</b>   |  |
| <b>Mail</b>  |  |
| <b>Adresse</b>   | Code postal :<br>Ville :   |
| <b>Téléphone</b>   |  |
| <b>Personne à prévenir</b><br><br><b>en cas d'urgence</b>                      | Nom et Prénom :<br><br>Tél :   |
| <b>Droit à l'image</b>   | <input type="checkbox"/> Autorise le club, la fédération ou ses organes déconcentrés (ligue ou comité départemental), à utiliser mon image sur ses supports de communication.<br>Je reconnais que cette cession de droit est effectuée à titre gratuit.  |
| <b>Règlement intérieur du Rodez Roller Hockey</b>                              | <input type="checkbox"/> Je déclare avoir pris connaissance du règlement Intérieur (disponible sur le site Internet du club dans la rubrique inscription) et de le respecter.  |
| <b>Certificat médical</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Certificat médical datant de moins d'un an au jour de la saisie de l'adhésion pour une création ou un renouvellement après 3 années consécutives.</li> </ul> <p><b>Le certificat doit faire apparaître clairement «ne présentant aucune contre-indication à la pratique du roller.»</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Attestation de questionnaire santé pour un renouvellement d'adhésion (2 renouvellements consécutifs maximum)</li> </ul> <p><u>Nom du médecin et date du certificat :</u></p> |
| <b>Assurances Club</b>   | Les garanties sont incluses dans le montant de la cotisation<br><input type="checkbox"/> Je déclare avoir pris connaissance par l'intermédiaire de mon club des informations relatives à la notice d'assurance (disponibles sur le site du club rubrique infos pratiques)  |
| <b>Honorabilité</b>  | L'adhésion que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives (dirigeant d'association) au sens des articles L. 212-1 et L.322-1 du code du sport.<br>A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.   |



# DEMANDE D'ADHÉSION SAISON SPORTIVE

## 2023/2024

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande l'adhésion au club</b> |           |
| Date  | Signature |

**A joindre :**

La demande d'adhésion dument remplie et signée  
le règlement : si chèque, à l'ordre du Rodez Roller Hockey - Possibilité de paiement en 3 chèques (remis lors de l'inscription), virement bancaire (nous demander un RIB), bon ANCV, Pass Loisir MSA, CE  
1 photo d'identité obligatoire  
Un certificat Médical ou l'attestation de questionnaire santé. Le questionnaire de santé est conservé par l'adhérent et l'attestation est à remettre au club avec le dossier d'inscription)

| Lundi  | Mardi                                   | Mercredi   | Jeudi                                      | vendredi  | samedi |
|--|---|--|--|---|--------|
| 17h30 – 18h45<br><b>Roller enfants</b>           |   |  |  | 17h30 – 19h<br><b>Hockey jeunes débutants</b>                 |        |
| 18h45 – 20h15<br><b>U15-U17</b>                  | 18 – 20 h<br><b>Patinage en famille</b> |  |  | 19h – 20h30<br><b>U15 – U17 + Hockey jeunes confirmés</b>     |        |
| 20h15 – 22h<br><b>N4 *</b><br><br><b>Derby *</b> |   | 20h00 – 22 h<br><b>Hockey adultes Régionaux et U17 confirmés</b> | 20h – 21h30<br><b>Roller Derby (St Jo)</b> | 20h30 – 22 h<br><b>N4 + Loisirs confirmés + U17 Confirmés</b> |        |

\*Le lundi soir de 20h15 à 22h, il y aura une alternance selon un calendrier entre la N4 et le Derby  
 L'ensemble des cours ont lieu au gymnase Frugère (Collège Fabre) sauf le Derby du jeudi soir

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| <b>Patinage</b>                                | <b>Adhésion + 75 €</b>                 | <b>110 €</b> |
| <b>Initiation Hockey (Débutant 1ère année)</b> | <b>Adhésion + 75 €</b>                 | <b>110 €</b> |
| <b>École de Hockey -U14</b>                    | <b>Adhésion + part fédérale + 85 €</b> | <b>140 €</b> |
| <b>École de Hockey + U14</b>                   | <b>Adhésion + part fédérale + 85 €</b> | <b>160 €</b> |
| <b>Hockey Régional (Loisirs)</b>               | <b>Adhésion + part fédérale + 85 €</b> | <b>160 €</b> |
| <b>Hockey N4</b>                               | <b>Adhésion + part fédérale + 85 €</b> | <b>160 €</b> |
| <b>Initiation Derby (débutante 1ère année)</b> | <b>Adhésion + 75 €</b>                 | <b>110 €</b> |
| <b>Derby + licence fédérale</b>                | <b>Adhésion + part fédérale + 85 €</b> | <b>160 €</b> |



# DEMANDE D'ADHÉSION SAISON SPORTIVE 2023/2024



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ QS-SPORT

### ATTESTATION

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.

Date et signature du sportif

## 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. Simplemment 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.