

Cat :	U :		Photo d'identité
	<h1 style="margin: 0;">REIMS ROLLER CHAMPAGNE CLUB</h1> <p style="margin: 0;">La passion du roller depuis 1995</p> <p style="margin: 0;">www.roller-rrcc.fr</p>		

M Mme Nom : Prénom : Nationalité :
 Date de naissance :/...../..... Age : Adresse :
 Code postal : Ville : Email : @.....
 Tél : **Dirigeant** : Ville de naissance : Département :
(Seulement pour les dirigeants)
 N° Lic : Compétition Loisir Non pratiquant Roller hockey Roller enfants - Adultes

Certificat Médical

Docteur, certifie que M, Mme,, Né(e) le/...../....., ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques, du roller et roller hockey en compétition.

Simple Surclassement : Oui Non

Fait à : Le : /...../.....

Cachet et signature du médecin :

- J'autorise les responsables du club à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident (Hospitalisation, opération, etc...).

OUI NON

- Dans le cadre de la loi informatique et liberté, j'autorise le RRCC à utiliser les photos individuelles dans le cadre de sa communication.

OUI NON

- J'autorise mon enfant mineur à participer aux compétitions organisées par le RRCC ou la FFRS pour la saison 2023/2024.

OUI NON

NOM :
 Prénom :
 Représentant légal

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande l'adhésion au club et une licence FFRS.

CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS DU CONTRAT D'ASSURANCE.

Fait le :/...../...202.....

Signature :

➤ Commande Maillots personnalisés par deux (1 foncé ,1 clair) :			
Nom (+ Initiale prénom)	N°	Prix	
.....	90 €	
➤ Polo : (40 €) ; Taille : Quant :Montant			
	 €	
➤ Licence 2023/2024 (tarif unique)			
		120 €	
MONTANT TOTAL :	 €	

- Aucune commande sans règlement,
- Merci pour votre compréhension.

Ne rien noter dans cette partie réservée au club

PAIEMENTS PAR CHEQUES ECHELONNES ACCEPTES, indiquez les dates au dos de chaque chèque :

Banque : 1)

N° 2 3)

Bons CAF Nb : Montant :

Autre Nb : Montant :

Cheque Nb : Montant :

MONTANT TOTAL :

Tout adhérent ne respectant pas les règles de sécurité se met hors de la responsabilité du RRCC.



QUESTIONNAIRE DE SANTE QS-SPORT

ATTESTATION

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.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

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.

Date et signature du représentant légal



PARTENAIRE OFFICIEL

Fédération Française
Roller Sports

T (33) 05 56 33 65 65 - F (33) 05 56 33 65 66
contact@ffroller.fr
6, Boulevard du Pdt Franklin Roosevelt
CS 11742 - 33080 Bordeaux Cedex - France
www.ffroller.fr

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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
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 ?	<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 atteste, 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.