

# CLUB de Voile du Lac des 3 provinces Formulaire d'inscription « STAGE(S) d'été 2024 »



## Coordonnées du pratiquant :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ../../.....

Adresse annuelle : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Mail : ..... @ .....

Téléphone : ..... En cas d'accident : .....

## Attestation de Natation :

Je soussigné, tuteur légal autorise mon enfant à pratiquer les activités de l'école de voile, et atteste de sa capacité à effectuer :

- 25 mètres à la nage et ne craint pas de mettre la tête sous l'eau -*Enfant de moins de 16ans-*  
 50 mètres départ plongé -*Adolescent de 16 ans ou 17ans-*

## Je souhaite inscrire mon enfant à l'Ecole de Sport Voile sur un ou plusieurs stage d'été 2024 :

- 8 au 12 juillet    29 juillet au 2 août    19 au 23 août   (Horaires de 9h30 à 16h30)

**Tarif :**  **Passeport voile FFVV adhésion 2024 : 28.50 euros** (à prévoir si non encore souscrit en 2024)

**formule 5 jours de stage : 170 €**      **Total à régler : 198.50 €**

Tous les participants sont assurés par le contrat adossé à la licence-enseignement délivrée par la FFVoile. Cette assurance Responsabilité Civile prévoit une garantie-dommages. Le responsable légal ne souhaite pas souscrire aux garanties complémentaires (rachat de franchise, capitaux invalidité et décès plus importants) proposées en option dans les contrats MMA et MDS consultable sur <http://www.ffvoile.fr>

En cas de météo non favorable, navigabilité réduite, les animations pourront être adaptées par le moniteur (cours théoriques à terre, paddle par exemple).

J'autorise le CVLTP à utiliser des photos ou films sur lesquels figure mon enfant, dans le cadre de la diffusion et de la communication de la pratique de la voile (*rayez la phrase en cas de refus*)

En tant que représentant légal, j'autorise mon enfant à participer aux animations voile proposés par le CVLTP. J'atteste les décisions prises par les encadrants du CVLTP relatives à l'enseignement, la discipline et la sécurité du pratiquant. J'autorise les organisateurs à prendre toutes dispositions médicales ou hospitalières vis à vis de lui, en cas d'urgence, y compris son transport dans un établissement hospitalier.

Merci de joindre le questionnaire de santé complété

## Règlement :

- par Virement au CVLTP

IBAN : FR76 3004 7146 0700 0372 0050 132

BIC : CMCIFRPP

(préciser stage + nom prénom enfant)

- Ou par Chèque à l'ordre du CVLTP

à envoyer à Alexandre VENAILLE

1 Rte de Tours – 41140 Thésée .....

- Bons CAF .....

- Chèques Vacances ANCV .....



Club de Voile du Lac des 3 Provinces

Base Nautique des Couflons

41110 Seigy

Tél : 06-82-21-06-74   [cvltp@free.fr](mailto:cvltp@free.fr)

## Informations complémentaires

### Article L 321-4 du code du sport

Les associations et les fédérations sportives sont tenues d'informer leurs adhérents de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels leur pratique sportive peut les exposer.

### Règlement intérieur

L'annulation ... pour cause d'intempéries relève de la responsabilité du chef de base.

Nom, prénom signataire : .....

Père

Mère

Fait à ..... Le ..... / ..... 20

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ  
DELIVRANCE DE LICENCE - MINEUR  
FEDERATION FRANÇAISE DE VOILE**

*Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants mineurs prenant leur licence<sup>1</sup> au sein de la Fédération Française de Voile.*

*Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.*

*Le contenu de ce questionnaire est fixé à l'Annexe II-23 du Code du Sport et a été reproduit à l'identique par la FFVoile dans le tableau ci-dessous.*

*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 (ou représentants légaux) de t'aider.

Tu es une Fille  un Garçon  Ton âge : ..... ans

**Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON**

*Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité*

**OUI**

**NON**

**Durant les 12 derniers mois :**

1. Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 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"/>
8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Licence Club, Licence Temporaire ou Passeport Voile

<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
13. Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 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>		
19. Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents (ou représentants légaux) :</b>		
22. 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"/>
23. Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (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"/>

**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 certificat médical et pouvez simplement remplir l'attestation dédiée (voir ci-dessous) 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 - MINEUR**

**Je soussigné(e)**

Nom :

Prénom :

**Représentant(e) légal(e) de :**

Nom :

Prénom :

Numéro de Licence :

Atteste que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'Annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, dont je suis le représentant légal, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. 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 représentant légal

FEDERATION FRANÇAISE DE VOILE

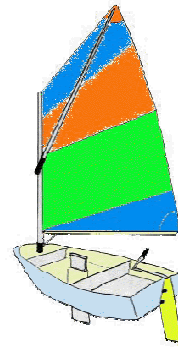
17, rue Henri Bocquillon - 75015 Paris - Tél : 01 40 60 37 00 - Fax : 01 40 60 37 37 - www.ffvoile.fr

La Fédération Française de Voile est l'autorité nationale de la voile, membre de World Sailing, du C.N.O.S.F.  
Reconnue d'utilité publique par décret du 20/12/72

## Trousseau indicatif et informations complémentaires

### Enfants participants aux stages d'été

**Horaires : 9h30 à 16h30**



#### Equipements à prévoir :

- Chaussure fermées pouvant aller dans l'eau (ou vieilles tennis ou running par exemple)  
pas de tongs, pas de sandales, non pieds-nus svp
- Serviette + change (t-shirt, slip, ...)
- short ou bermuda l'été
- une bouteille d'eau
- Cheveux longs attachés
- Casquette
- Lunettes de soleil reliées à la casquette d'un cordon
- Crème solaire

Selon météo ne pas hésiter à prévoir :

- un coupe vent ou imperméable et un sweat/pull chaud

**Les gilets de flottaison de sécurité sont fournis par le Club de Voile aux enfants et adultes**

**Prévoir un piquenique pour chaque midi**

A bientôt