



INSCRIPTION STAGES VACANCES

A renvoyer : cnia@wanadoo.fr / Fort de la Rade – 17123 Île d'Aix

RENSEIGNEMENTS

NOM : Prénom :

Né(e) le : Sexe : Masculin Féminin

Adresse :

.....

.....

Tél.portable : Tél.fixe :

E-mail :

RÉSERVATION

Dates : du lundi/...../20..... au vendredi/...../20.....

Voile Enfants

Jardin des Mers (5-6ans)

Optimist (7-9ans)

Optimist Perf

New Cat 12 (9-12ans)

Voile Ados / Adultes

Planche à voile (12-16ans)

New Cat 14 (14 ans et plus)

Hobie Cat 15 (15 ans et plus)

Multi-activités

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM et prénom :

Tél.portable : Tél.fixe :

ATTESTATIONS ET AUTORISATIONS

- Stagiaire majeur : Je soussigné(e)....., > Atteste savoir plonger puis nager au moins 50 mètres en eau profonde. > En cas d'accident, j'autorise à faire pratiquer sur moi toutes les interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires, y compris mon transport dans un établissement hospitalier.
- Stagiaire mineur : Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant....., désigné ci-après par «le mineur», > Autorise le mineur à pratiquer les activités au sein du CNIA. > Autorise le médecin à pratiquer sur le mineur toutes interventions et soins médicaux qui apparaîtraient nécessaires en cas d'urgence. > Dégage le CNIA de toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident survenant hors de l'école et en dehors des activités dirigées. > Atteste que le mineur, de moins de 16 ans, est apte à s'immerger puis nager 25 mètres sans reprendre pied ou que le mineur, de plus de 16 ans, est apte à plonger puis nager 50 mètres en eau profonde. (Excepté Jardin des mers).
 - J'autorise le mineur à quitter seul le CNIA après son entraînement.
- 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.
- Atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurances associées à la licence FFV ou au Passeport Voile et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires pour des capitaux invalidités et décès plus élevés (groupe MDS -2/4 rue Louis David -75016 PARIS). Dans le cas où je désire souscrire à l'une des formules de garanties complémentaires, je contacte moi-même le groupe MDS, au 01 53 04 86 16.
- Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'admission au stage, du règlement intérieur et les articles A 322-64 à 70 du code du sport affichés à l'école et disponibles sur demande et m'assurer que le mineur en fait de même, avec mon aide si nécessaire.
- J'autorise le CNIA à réaliser des photos sur lesquelles je ou mon enfant figure dans le strict cadre de ses activités, et à diffuser ces photos sur des supports promotionnels.

DATE ET SIGNATURE

(Précédées de la mention « lu et approuvé »)

**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 <small>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</small>	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"/>

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.

Prénom :

Date et signature du titulaire ou du représentant légal si le licencié est mineur