



# CLUB DE VOILE DE MULHOUSE

Association Cercle de Voile de Mulhouse  
Plan d'eau de Reiningue  
Route de Wittelsheim 68950 Reinigüe  
SIRET 322 960 626 00032

03 89 55 40 15  
contact@cvmulhouse.asso.fr  
[www.cvmulhouse.asso.fr](http://www.cvmulhouse.asso.fr)  
Facebook.com/cvmulhouse



## FICHE D'INSCRIPTION MERCREDI DE LA VOILE

**N° licence FFVOILE :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées du stagiaire :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

**Coordonnées des parents si mineur :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

(si différente de l'enfant)

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_

*Date et signature :*

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ  
RENOUVELLEMENT DE LICENCE  
FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE**

*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.*

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON</b> <small>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</small>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>

**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 :

Prénom :

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