



Savigny Roller Soccer Club 91

Formulaire adhésion 2025 - 2026



Informations adhérents						
Nom		Inscription initiale	Oui / Non			
Prénom		Ré-inscription	Oui / Non			
Sexe		si oui N° de licence				
Né(e) le		Lieu				
Adresse						
CodePostal		Ville				
mail						
Pour les mineurs						
Nom du représentant légal						
Tél parent 1		Adresse mail				
Tél parent 2		Adresse mail				
Cotisations						
L'adhésion au club inclus l'accès au cours par catégorie, la licence FFRS, l'assurance, 1 tee-shirt du club						
Disciplines	Catégorie	BABY Dès 4ans	ENFANTS à partir de 6ans	JUNIORS à partir de 13ans	ADULTES	Taille Tee-shirt Club offert (*)
	Cotisation Annuelle	120 €	125 €	130 €	135 €	
ECOLE DE ROLLER		12h à 13h	12h00 à 13h00 et 13h00 à 14h00 (en fonction des niveaux)		horaires à venir	
	Choix					€
ROLLER SOCCER			14h00 à 15h30 à partir de 7 ans	15h30 à 17h00	17h00 à 18h30	
	Choix					€
Cours Supplémentaire 20 € (ex. école de Roller + Roller Soccer)						
	Choix					€
Réduction famille -10 € (par adhérent dès deux membres inscrits)						
	Choix					€
Tee-Shirt Supplémentaire 10 €						
	Taille					€
(*) Tailles disponibles : 3/4 ; 5/6 ; 7/8 ; 9/10 ; 12/14 ; XS ; S ; M ; L ; XL ; 2XL ; 3XL				Total Cotisation annuelle		€
Pièces à fournir						

- Formulaire d'adhésion complété et signé Certificat médical pour la pratique du roller ou
- Formulaire QS Sport rempli si le certificat médical date de moins de 3 ans
- Photo d'identité pour les nouveaux inscrits
- Le paiement de la cotisation par chèque à l'ordre du "SRSC91"

Ces pièces sont obligatoires pour la validation de la licence et l'assurance FFRS

Date limite pour la finalisation du dossier d'inscription : **1er Octobre**

Au-delà de cette date si votre dossier n'est pas COMPLET, l'accès au cours sera refusé

Assurance

1. Garanties de bases individuelle accident (ou dommages corporels) - contrat n° 101.625.000

Adhère à l'assurance "garantie de base dommages corporels" proposée par la FFRS **include** dans la cotisation annuelle.

2. Garanties complémentaires (capitale décès, capital invalidité et indemnités journalières) - contrat N° 102.742.500

oui / non Souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées par la FFRS et m'engage à établir

moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur (option 1 à 9€, option 2 à 15€)

Je soussigné -e- (représentant légal pour les mineurs) M. / Me. _____

- **Autorise** mon enfant à pratiquer le roller dans le cadre de stage organisé par le Savigny Roller Soccer Club 91
 - **Autorise** le Savigny Roller Soccer Club 91 à utiliser mon image ou celle de mon enfant à des fins de promotions de ses activités et à des fins non commerciales. Je reconnais que cette session de droits est effectuée à titre gratuit.
 - **Déclare** avoir pris connaissance des informations relatives à la notice d'assurance dommages corporels de base et des garanties complémentaires incluses dans la cotisation annuelle du Savigny Roller Soccer Club 91 (disponibles sur le site www.ffroller.fr dans l'espace licencié sur Rollskanet).
 - **Déclare** avoir pris connaissance du règlement intérieur mis à ma disposition et consultable sur le site www.savignyrollersoccerclub.com, et m'engage à le respecter
- En cas de non-respect, le club se réserve le droit de prendre différentes mesures comme suit:
- Exclusion d'un entraînement par un membre de l'encadrement
 - Exclusion temporaire aux cours par le président
 - Exclusion définitive du club par le président

Ces mesures n'entraînent aucun remboursement de tout ou partie de la cotisation de la part du club.

-Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date et signature de l'adhérent (ou du représentant légal)

Informations

Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFRS. À défaut, votre demande de licence ou de renouvellement de licence pourrait ne pas être prise en considération. Vous autorisez expressément la FF Roller & Skateboard et le Savigny Roller Soccer Club 91 à traiter et conserver par informatique les données vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès, en application des art. 39 et suivants de la loi du 6 juillet 1978 modifiée de rectification et de mise à jour des données vous concernant auprès du service "vie fédérale" de la FF Roller ou sur votre espace licencié de la base de données Rollskanet ou auprès du secrétaire du Savigny Roller Soccer Club 91. Ces informations sont destinées au Savigny Roller Soccer Club 91 et la FFRS et peuvent être communiquées à des tiers par la FFRS.

Vous pouvez choisir de la part de qui vous pouvez recevoir des informations:

oui / non Mailing fédéral (fédération, ligue, comité départemental et club)

oui / non Tout mailing (fédéral et commercial).

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr

Date de l'examen/...../.....

certifie que

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du roller

en loisir en compétition en tant qu'arbitre/juge (*un arbitre peut aussi être compétiteur ou loisir*)

- est apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (*à rayer suivant le cas*)

Signature et cachet :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR
EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE
OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE
OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES
(ANNEXE II-23, Art. A. 231-3 du code du sport)

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 de t'aider.**

Tu es : une fille un garçon

Ton âge : ans

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

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

Aujourd'hui

Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions à faire remplir par tes parents

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"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

ATTESTATION PARENTALE

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 du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du représentant légal



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

ATTESTATION PARENTALE

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 du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du représentant légal



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

ATTESTATION PARENTALE

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 du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du représentant légal



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

ATTESTATION PARENTALE

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 du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du représentant légal

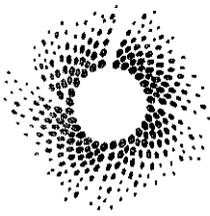


QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

ATTESTATION PARENTALE

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 du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du représentant légal



Fédération Française
Roller & Skateboard

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé "Majeurs"

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 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"/>
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 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.



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



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



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



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



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