



**ASCE 17**

couleur passion

Association Sportive  
Culturelle et d'Entraide  
de la Charente-Maritime

# Découverte du Char à Voile

## Samedi 27 avril 2024



L'Asce 17 a le plaisir de vous proposer une séance découverte de char à voile sur la plage de la Giraudière à Grand Village Plage sur l'île d'Oléron



Oléron Char à Voile

Le Char à Voile, sport de glisse, se pratique sur les plages à marée basse. Le pilote, assis à l'intérieur du baquet, gère la direction (palonnier) et la propulsion (écoute). Amateurs de grands espaces et de loisirs en plein air, le char à voile aiguïsera vos réflexes et sollicitera tout vos sens.

Ce sport est accessible à tous et procure des sensations uniques dès vos premiers tours de roues.

Cette séance découverte sera encadrée par « Oléron Char à voile », structure affiliée à la Fédération du Char à voile et labellisée « Centre de char à voile ».



Oléron Char à Voile

### **L'activité:**

- Encadrement effectué par un moniteur Brevet d'État char à voile
- Séance de 1h30
- Un encadrant pour 12 personnes

### **Matériel mis à disposition:**

- Chars à voile
- Casques

### **Équipement nécessaire:**

- Paire de chaussures de sport fermées

### **Équipement conseillé:**

- Tenue de rechange (surtout par temps de pluie)
- Lunette de protection (projection de sable, soleil)
- Coupe Vent
- Gants

*PS : pas de vestiaire mise à disposition*

## 24 places disponibles

### Programme :

L'activité débutera à **11h30, Plage de la Giraudière**, boulevard de la plage, à Grand Village Plage. L'ASCE vous propose deux **moments conviviaux** :

- à 10h30 avec les viennoiseries et le café/thé
- à 13h00 après la séance avec les huîtres et l'apéritif

Le pique-nique est à prévoir par les participants.

En cas de météo défavorable (absence de vent), l'activité pourra être annulée et/ou reportée à une date ultérieure.

Cette offre est ouverte aux extérieurs accompagnateurs d'un adhérent.

*Pour une question d'assurance, une adhésion à la journée sera prise (gratuite)*

Dans le cas de demandes supérieures au nombre de places, les attributions de l'offre susvisée seront effectuées par ordre d'arrivée des inscriptions avec priorité aux adhérents et ayants droits.

**Le bulletin d'inscription est à retourner avant le 19 avril**

À Charlotte Braud - ASCE 17

89 avenue des Cordeliers

CS 80 000

17 018 La Rochelle Cedex 1

Ou par mail : [charlotte.braud@charente-maritime.gouv.fr](mailto:charlotte.braud@charente-maritime.gouv.fr)

**Le bulletin devra être accompagné du questionnaire de santé et de l'attestation sur l'honneur ou d'un certificat médical mentionnant la non contre-indication de l'activité Char à voile.**

### Coordonnées de l'adhérent :

Nom : .....	Prénom : .....	N° adhérent Asce 17 : .....
Adresse professionnelle ou personnelle pour les retraités : .....		
.....		
Code postal : .....	Ville : .....	
Mail : .....		
Tél pro :	Tél perso :	Portable :

### Commande :

Nombre de participants (adhérents et ayants droits)	.....place(s) x 15€ = .....
Nombre de participants (non ayants droits accompagnateur)	.....place(s) x 38€ = .....
<b>Total</b>	

Je joins à mon bulletin, mon règlement en chèque ou chèques vacances libellés à l'ordre de l'Asce17

Dans le cadre du droit à l'image, j'autorise à l'ASCE 17 la prise et la diffusion de photographies ou de films me concernant, et/ou concernant mes ayants droit pour cette manifestation. Ces photographies ou films seront exclusivement utilisés par l'association dans le cadre de ses publications diffusées sur toute forme de support de communication. (mention obligatoire)  Oui  Non

A....., le.....Signature de l'adhérent

## 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.

#### QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES SPORTIFS MAJEURS

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<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"/>
<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.



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE RÉPONSE AU CONTENU DU  
QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ POUR  
LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE**

**ADHÉRENT MAJEUR**

**Je soussigné M/Mme**

Prénom : ..... Nom:.....

ASCE : ..... N° adhérent :.....

Adresse : .....

.....

**atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....[ville], le.....

Signature :



## Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

**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 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 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 (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ?	<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 beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu 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)	OUI	NON
Te sens-tu 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	OUI	NON
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	OUI	NON
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 ? (examen médical 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.**



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE RÉPONSE AU CONTENU DU  
QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ POUR  
LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE**

**ADHÉRENT MINEUR**

**Je soussigné M/Mme**

Prénom : ..... Nom:.....

ASCE : ..... N° adhérent :.....

Adresse : .....

.....

**exerçant l'autorité parentale sur**

Prénom : ..... Nom:.....

**atteste qu'elle / il a renseigné le questionnaire de santé et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....[ville], le.....

Signature de la personne exerçant l'autorité parentale :