



**ASCE 17**

couleur passion

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

# Rencontre de Karting

## Samedi 25 mai 2024



### Circuit d'Aigrefeuille de 800m et Kart de 270cc

De 10h à 12h

ZI Rue du Fief Girard – 17290 Aigrefeuille d'Aunis



#### Programme

- Rendez-vous à **10h** pour le briefing
- De 10h à 12h, challenge individuel sur piste extérieure
- 35 minutes de karting réparties entre les essais et les courses
- Podium, remise des récompenses et pot de l'amitié offert par l'ASCE 17

*\* possibilité de pique niquer sur place avec repas tiré du sac (recommandé pour la convivialité)*

**Cette manifestation sera couverte par l'Assurance de la structure et par votre responsabilité civile.**

**Attention : le nombre de places est limité à 20 pilotes (à partir de 18 ans).  
Les inscriptions sont prises dans l'ordre d'arrivée !**

**Coupon ci-dessous à retourner avant le 20 mai 2024  
avec le questionnaire santé et attestation sur l'honneur remplis**

A Hervé MAITRE - 3 rue du Pertuis d'Antioche - 17137 L'HOUMEAU

accompagné d'un montant de :

- 25 € par pilote Adulte pour les membres de l'ASCE 17

- 50 € par pilote Adulte pour les extérieurs

en chèque ou chèques vacances à l'ordre de l'Asce 17

Pour tous renseignements complémentaires : tél : 06 26 45 04 53 – mél : herve.maitre@gmail.com

	Nom & Prénom	Adulte	Enfant	Service et N° d'adhérent	E-mail	montant
	pilote					
	pilote					
	pilote					
<b>TOTAL</b>						

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

à ....., le .....

**Signature de l'adhérent précédée  
de la mention « lu et approuvé**



## 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 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.



*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 :