

DÉCOUVERTE DE LA VOILE

Centre Nautique d'Angoulins



 Chemin de la Platerie, 17690 Angoulins

 **Samedi 20 juin 2026**

 **10h à 12h**

Programme :

 **9h30 : Rendez-vous & débrief**

 **10h - 12h : Activité voile**

 **Pot de l'amitié offert par l'ASCE 17**

 **Pique-nique possible (repas tiré du sac)**

Tarifs :

6-9 ans 10€

Activité sur bassin en eau sécurisé

10-12 ans 20€

Activité en mer

13 ans et + 25€

Activité en mer

Infos Importantes :

 **Places limitées : 30 personnes (dont 20 enfants)**

 **Prévoir des chaussures fermées (obligatoires) + Tenue adaptée aux conditions météo
Équipement fourni (combinaison néoprène + gilet de sauvetage)**

Date limite d'inscription : 6 juin 2026

**Venez partager un moment convivial
et découvrir les joies de la voile !**



ASCE 17
couleur passion

Découverte de la voile à ANGOULINS

A retourner impérativement **avant le 6 juin 2026**

accompagné de votre participation en chèque ou chèques-vacances à l'ordre de l'ASCE 17, ainsi que le questionnaire santé et l'attestation sur l'honneur à :

Denis ETIENNE et/ou Ludovic EVIN

89 Avenue des Cordeliers 17 000 LA ROCHELLE

(à adresser également par mail : denis.etienne@charente-maritime.gouv.fr ; ludovic.evin@charente-maritime.gouv.fr)

Coordonnées de l'adhérent :

Nom : Prénom : numéro d'adhérent :
service : mél :
tél service :

Nom, prénom et âge des participants ou navigants y compris l'adhérent (ayants droit) :

Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Sexe : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>

Montant total joint avec l'inscription :

adulte(s) adhérent(s) et ayant(s) droit à partir de 13 ans x 25 €* (activité en mer) = €
 enfants (de 10 à 12 ans) x 20 €* (activité en mer) = €
 enfants (de 6 à 9 ans) x 10 €* (activité sur bassin en eau sécurisé) = €
Total : €

*Le tarif comprend l'ensemble de la prestation, incluant : la mise à disposition d'une combinaison néoprène type shorty et d'un gilet de sauvetage (obligatoire), l'encadrement et l'organisation de l'activité, la couverture par l'assurance de la structure, un pot de l'amitié offert par l'ASCE 17.

À prévoir par les participants :

Tenue adaptée aux conditions météo (coupe-vent, tenue de sport, casquette, lunettes avec cordon, crème solaire, eau) et **chaussures fermées obligatoires**.

Possibilité de pique niquer sur place avec un repas tiré du sac (recommandé pour la convivialité).

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

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
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"/>
<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 :



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 :