



NOUVELLE
ACTIVITÉ
PROPOSÉE PAR
L'ASCE !

TENNIS DE TABLE.

**RENDEZ-VOUS
LES MERCREDIS MIDIS
ET LES JEUDIS SOIRS**

EN SALLE DE RÉUNION DU RDC
SUR LE SITE DE MANGIN

SUR INSCRIPTION

NOMBRE DE PLACES LIMITÉES !!

Rejoignez l'activité Ping-Pong de l'ASCE 17 !

Que vous soyez débutant ou joueur confirmé, venez partager un moment sportif et convivial.



Créneaux hebdomadaires :

- **Mercredi** : de 12h15 à 13h15

- **Jeudi** : de 18h00 à 19h30



Lieu : DDTM – Site Mangin –

Grande salle du RDC

Responsables d'activité :

Thierry ABGRALL et Gérald BRICONGNE

Bulletin d'inscription à retourner
avec le questionnaire santé et l'attestation sur l'honneur remplis à :

Thierry ABGRALL : DDTM 17/EBDD/GIE
89 avenue des Cordeliers – CS 80000 – 17018 La Rochelle Cedex 1

Pour tous renseignements complémentaires :
tél : 05-16-49-62-46 – mél : thierry.abgrall@charente-maritime.gouv.fr

L'inscription est gratuite

Coordonnées de l'adhérent :

Nom :

Prénom :

Email :

Numéro d'adhérent :

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.

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.



**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**

PARTICIPANT 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 :