



# FORMULAIRE D'ADHESION MAJEUR

## ADHERENT(E) :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : M / F  
Adresse postale : .....  
CP : ..... Ville : .....  
Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ Mail : .....

## AUTORISATIONS ET DECHARGES LEGALES

"Je soussigné(e) *Nom* : ..... *Prénom* .....

- ✓ *Atteste être capable de nager 25 mètres départ plongé et de m'immerger lors des activités nautiques.*
- ✓ *Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et m'engage à me référer aux annexes sur les sites d'activités de l'association.*
- ✓ *J'autorise, l'USMM Section voile à utiliser les images fixes ou audiovisuelles, les reportages écrits, photographiques, sonores ou audiovisuels sur lesquelles j'apparaît, à l'occasion des activités de la section. L'utilisation de mon image pourrait être utilisé pour la réalisation de matériel promotionnel en relation avec les activités de la section voile. OUI / NON*

Fait à ..... Le .....

Signature

## PRATIQUES ET CERTIFICAT MEDICALE

Je pratique à titre de loisir et/ou participe et/ou arbitre des épreuves de grade 5	
LICENCE INITIALE	RENOUVELLEMENT DE LICENCE
Je n'ai pas besoin de fournir un certificat médical	

Je participe ou arbitre des épreuves compétitives de grade W, 1, 2, 3 et 4	
LICENCE INITIALE	RENOUVELLEMENT DE LICENCE
Je fournis un certificat médical pour la pratique de la voile en compétition de moins d'un an	Je fournis certificat médical pour la pratique de la voile en compétition de moins d'un an <b>Où</b> Je fournis un questionnaire de santé si mon certificat médical pour la pratique de la voile en compétition a moins de 3 ans

## REGLEMENTS :

Total à régler : ..... Mode de règlement : .....

**QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RENOUVELLEMENT DE  
LICENCE FEDERATION FRANÇAISE DE VOILE  
Personne Majeure**

**Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants renouvelant leur licence au sein de la Fédération Française de Voile et ayant déjà présenté un certificat médical ou rempli un questionnaire de santé l'an dernier.**

**Il permet de savoir si vous devez fournir un nouveau certificat médical.**

<b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON</b> <i>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</i>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		
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"/>
<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"/>

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Il est constaté que vous n'avez pas de contre-indication à la pratique de la voile. Vous n'avez donc pas besoin de présenter un nouveau certificat médical et pouvez simplement remplir l'attestation dédiée (voir ci-dessous) en ligne dans votre Espace Licencié (sauf pour le licencié mineur) ou dans votre club.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Vous devez consulter un médecin et lui présenter le questionnaire de santé. La pratique de la voile sera subordonnée à la présentation d'un certificat médical.

**ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTE**

**Je soussigné(e)**

Nom :

Prénom :

Numéro de Licence :

Déclare avoir fourni un certificat médical ou rempli un questionnaire de santé l'an dernier et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé. Je reconnais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFVoile ou de mon club ne pourra être recherchée.

Date et signature du titulaire ou du représentant légal si le licencié est mineur

## MODELE CERTIFICAT MEDICAL FFVOILE

### EXTRAIT DU REGLEMENT MEDICAL DE LA FFVOILE

*Lorsqu'elle est rendue nécessaire, l'obtention du certificat médical d'absence de contre-indication à la Pratique de la voile, du sport ou de la discipline concernée (notamment en compétition) est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du Doctorat d'Etat, et inscrit à l'ordre des médecins.*

#### La Commission Médicale Nationale de la FFVoile :

- **Rappelle** que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :
  - engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat, seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyens,
  - doit être pratiqué dans un environnement médical approprié quand il a lieu avant une compétition.
- **Précise** que le contenu de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur.
- **Conseille** :
  - de tenir compte des pathologies dites de « croissance » et des pathologies antérieures,
  - de consulter le carnet de santé,
  - de vérifier plus précisément au niveau de l'appareil locomoteur : rachis, ceintures, genoux, pieds, en s'aidant si nécessaire de radiographies.
- **Insiste sur les contres indications à la pratique de la voile** :
  - toute pathologie susceptible de s'aggraver au cours de l'activité sportive et/ou de compromettre la sécurité,
  - en cas de doute, contacter la Commission Médicale.
- **Préconise** :
  - une mise à jour des vaccinations,
  - un bilan dentaire annuel,
  - une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 40 ans,
  - une surveillance biologique élémentaire à partir de 40 ans,
  - un examen ORL et visuel.
- **Prescrit** :
  - Les conditions d'aptitudes physiques et médicales pour participer aux épreuves habitables en solitaire et en double devant respecter les RSO de type 0,1 et 2 sont définies en annexe 3 du présent règlement,
  - pour toutes les autres courses en haute mer, de réaliser un bilan médical de l'intéressé le plus complet possible, en relation avec la ou les compétitions envisagées.

### Certificat Médical

Dans le cadre des articles 6 et 7 du Règlement Médical de la FFVoile  
Pris en application des articles L.231-2, L231-2-1 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur : .....certifie avoir examiné ce jour

Nom ..... Prénom .....né(e) le .....

et certifie que son état de santé ne contre indique pas la pratique de la voile y compris en compétition.

Fait le ..... à .....

**Signature et cachet du médecin examinateur**