

PHOTO



## ROLLER HOCKEY BRIVE

Le rocher coupé Route de Meyssac

19100 Brive la Gaillarde



[rollerhockeybrive.com](http://rollerhockeybrive.com)



### DEMANDE DE LICENCE SAISON 2026/2027

Civilité : ☐ H ☐ F Nom du licencié(e) : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Email (obligatoire) : .....

Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et demande l'adhésion au club et une licence FFRS

☐ Création

☐ Renouvellement de licence N° : .....

#### Personnes à prévenir en cas d'urgence (obligatoire)

☐ M ☐ Mme ☐ Melle Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

☐ M ☐ Mme ☐ Melle Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

#### Adhésion

☐ Dirigeant Non-Pratiquant : **30 €**

☐ Ecole de Patinage : **110 €**

☐ Roller Hockey Mineur **120 €**

☐ Roller Hockey Loisirs et compétition **160 €**

**+ 10 € par journée jouée (championnat)**

**nouveau adhérent adulte,  
certificat médical obligatoire avec la mention Roller Hockey compétition**

☐ Tarif Famille: -5€À partir de la deuxième licence

Nom du < chef > de famille: .....

Mode de règlement :

☐ Chèques n° ..... Banque : ..... Nom (si différent du licencié) : .....

☐ Espèces

**Tout dossier incomplet se verra refusé, merci de respecter les bénévoles qui s'occupent du traitement des inscriptions...  
(demande d'adhésion, photo, cotisation, certificat si concerné, pensez aussi à signer partout où cela est demandé...)**

**La licence est valide jusqu'au 31 Aout.**

**Si pas de dossier ou dossier incomplet, pas d'accès à la piste de Roller**

Fait à ....., le .....

Signature du licencié (ou s'il est mineur de son représentant légal) :

## Assurances

Notice téléchargeable, informations et souscription en ligne depuis [www.ffroller-skateboard.com](http://www.ffroller-skateboard.com) :  
menu > Fédération > Assurance, et dans l'espace licencié My.Rolskanet

Je soussigné(e)..... (ou son représentant légal si mineur) déclare avoir pris connaissance, des garanties responsabilité civile dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence.

☐ Je déclare avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de ma discipline, et en conséquence, j'ai pris connaissance de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance Individuelle de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

☐ J'ai pris connaissance de la notice d'information relative aux garanties de base d'assurances « individuelle accident » MAIF 4385658M attachées à la licence FF Roller et Skateboard. Aussi, je choisis :

☐ d'adhérer à la garantie de base du contrat collectif Individuelle Accident (prime : 0,90 € licence pratiquant / 0,45 € licence non pratiquant)

En cas de souscription à la garantie de base, j'ai été informé de la possibilité et de l'intérêt de souscrire à des garanties individuelles complémentaires à celles proposées ci-dessus. Souscription en ligne via <https://souscription-option.aiac.fr/subscribe/start-FFRS87469GT7>

☐ de ne pas souscrire à la garantie Individuelle Accident. Par cette option, je renonce à toute indemnisation relative au contrat d'assurance Individuelle Accident proposé lors de ma souscription à la licence, en cas d'accident corporel dont je pourrais être victime.

## Droit à l'image joindre une photo ou la télécharger sur My.Rolskanet

Je soussigné(e)....., ,

☐ autorise, ☐ n'autorise pas (cocher la case correspondante) de publier mon image sur le site de la Fédération ou ses ligues/comités départementaux, à utiliser sur ses supports de communication, ma photo d'identité insérée sur la licence, à des fins exclusives de promotion de ses activités et à des fins non commerciales. Je reconnais que cette cession de droit est effectuée à titre gratuit et valable pour la durée de la saison sportive en cours.

## Honorabilité

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions de dirigeant sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives (dirigeant d'association) au sens des articles L. 212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué. ☐ J'ai compris

## Protection des données personnelles

Pour la souscription à une licence FFRS, les données renseignées sur ce formulaire sont collectées et traitées informatiquement via un outil de gestion de licences, dans le respect du Règlement UE 216/679 du 27 juillet 2016 et la loi n°78-17 du 6 janvier 1978. La collecte des données susvisées est indispensable au traitement de la demande de licence, pour l'enregistrement et la gestion des licences dématérialisées et garantir aux licenciés l'accès aux disciplines, l'organisation de la pratique et des compétitions. Les données sont conservées en base active pour la durée de la licence, puis en base intermédiaire pour une durée assortie au délai de prescription Civil et à la prescription pénale pour certaines catégories de licenciés.

☐ Je reconnais avoir pris connaissance de la Charte relative à la politique de traitement des données par la FFRS ([www.rolskanet.fr](http://www.rolskanet.fr) > RGPD/CGU en bas de page) et notamment des droits d'accès, de limitation, de rectification et d'opposition dont je dispose sur mes données.

☐ Je consens à la collecte et au traitement de mes données dans les conditions de la Charte, dans la poursuite des finalités de l'outil de gestion de licences. A défaut, le service de licence dématérialisée ne me sera pas accessible. Pour toute question, je contacte [contact@ffroller-skateboard.com](mailto:contact@ffroller-skateboard.com)

Je donne mon consentement à la réception, par voie électronique : ☐ d'offres commerciales ☐ de newsletters et informations fédérales

Le club et l'adhérent sont informés que l'activation de la licence prendra effet après saisie des mentions obligatoires du présent formulaire dans la base de données Rolskanet.

## Règlement Intérieur et Disciplinaire

Je soussigné(e) (nom et prénom)..... déclare avoir lu et approuvé le règlement intérieur et disciplinaire concernant le club Roller Hockey Brive, disponible sur le site du club.

☐ Je m'engage à respecter et à faire respecter par mon enfant le règlement intérieur du club.

☐ J'autorise mon fils, ma fille à participer aux compétitions et à emprunter les moyens de transports utilisés par le club. Je peux l'accompagner moi-même sur les lieux de compétitions (Une participation aux frais de transport pourra être demandée.)

**L'entraîneur et les dirigeants peuvent exclure de plein droit tout adhérent pour non respect des dirigeants, entraîneurs, du matériel collectif et des locaux communs.**

La responsabilité du club s'arrête à la fin du cours et hors de la salle.

Je dégage le club de toutes responsabilités, en dehors de la salle de roller, des horaires des cours et compétitions.

Fait à ....., le .....

Signature du licencié (ou s'il est mineur de son représentant légal) :

### ADULTE (MAJEUR à la date de saisie de la demande)

#### Certificat médical pour une création de licence ou un renouvellement après 3 années consécutives

- **datant de moins d'un an** au jour de la saisie de la licence
- **obligatoire** pour une licence **pratiquant** loisir et compétition

Je soussigné, Dr ..... Date de l'examen .....

certifie que..... Signature et cachet :

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du ou des sports ci-dessous :

roller / skateboard / trottinette

☐ en loisir      ☐ en compétition      ☐ en tant qu'arbitre/juge

#### Attestation de questionnaire santé pour un renouvellement de licence

- **obligatoire** pour une demande de **renouvellement de licence pratiquant** loisir et compétition
- **2 renouvellements consécutifs maximum** (un nouveau certificat médical est nécessaire dès la 4<sup>ème</sup> année)

Je soussigné, Monsieur/Madame ..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Le ..... Signature

*Si vous avez été touché par le Covid-19 ou en contact avec une personne touchée par le Covid-19, si vous arrêtez ou réduits fortement votre activité physique habituelle pendant le confinement, ou si vous présentez une prise de poids significative suite au confinement, il vous est fortement recommandé de consulter votre médecin avant de reprendre une activité physique intense ou répétée*

### JEUNE (MINEUR à la date de saisie de la demande)

#### Attestation parentale si aucune réponse positive au questionnaire de santé du sportif mineur

- **obligatoire** pour **toute création ou renouvellement de licence pratiquant** loisir et compétition

Je soussigné, Monsieur/Madame ..... en ma qualité de représentant légal de ..... atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Le ..... Signature

#### Certificat médical si au moins une réponse positive au questionnaire de santé du sportif mineur

- **datant de moins de six mois** au jour de la saisie de la licence
- **obligatoire** pour un **simple surclassement**

Je soussigné, Dr ..... Date de l'examen .....

certifie que ..... Signature et cachet :

- ne présente aucune contre-indication à la pratique du ou des sports suivants :

roller / skateboard / trottinette

☐ en loisir      ☐ en compétition      ☐ en tant qu'arbitre/juge

- est apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie de compétition immédiatement supérieure (*à rayer si ce n'est pas le cas*)

#### Autorisation parentale de simple surclassement

Je soussigné, père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐, sous réserve de spécification sur le certificat médical ci-dessus, autorise l'enfant ci-dessus nommé à pratiquer en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.

Le ..... Signature :



## 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                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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.

**CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL, IL DOIT ETRE REMPLI ET CONSERVE PAR LE LICENCIÉ MAIS NE DOIT PAS ETRE TRANSMIS AU CLUB.**

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**  
 EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE  
 OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE  
 OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES  
 (ANNEXE II-23, Art. A. 231-3 du code du sport)

**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.

|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                    |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------|
| <b>Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?</b>                                                                                          |  |                                    |                          |
| <b>Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.</b>          |  |                                    |                          |
| Tu es : une fille <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |  | un garçon <input type="checkbox"/> | Ton âge :      ans       |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                          |  | <b>OUI</b>                         | <b>NON</b>               |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                               |  |                                    | <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 sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                      |  | <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 eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu 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"/> |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                     |  |                                    |                          |
| Te sens-tu très 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"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                      |  |                                    |                          |
| 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"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                        |  |                                    |                          |
| 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 ?<br>(Cet examen médical est 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"/> |
| <b>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.</b>         |  |                                    |                          |

**CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL, IL DOIT ETRE REMPLI ET CONSERVE PAR LE LICENCIÉ  
 MAIS NE DOIT PAS ETRE TRANSMIS AU CLUB.**