

Cat :

U :

Photo d'identité



REIMS ROLLER CHAMPAGNE CLUB

La passion du roller depuis 1995

www.roller-rrcc.fr

M Mme Nom : Prénom : Nationalité :

Date de naissance : / / Age : Adresse :

Code postal : Ville : Email : @

Tél : Dirigeant : Ville de naissance : Département :
(Seulement pour les dirigeants)

N° Lic : Compétition Loisir Non pratiquant Roller hockey Roller enfants - Adultes

Certificat Médical

Docteur certifie que

M, Mme,

Né(e) le / /, ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques, du roller et roller hockey en compétition.

Simple Surclassement : Oui Non

Fait à : Le : / /

Cachet et signature du médecin :

NOM :

Prénom :

Représentant légal

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

CERTIFIE AVOIR PRIS
CONNAISANCE DES CONDITIONS
DU CONTRAT D'ASSURANCE.

Signature :

Fait le :
..... / / 202.....

- J'autorise les responsables du club à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident (Hospitalisation, opération, etc...).

OUI NON

- Dans le cadre de la loi informatique et liberté, j'autorise le RRCC à utiliser les photos individuelles dans le cadre de sa communication.

OUI NON

- J'autorise mon enfant mineur à participer aux compétitions organisées par le RRCC ou la FFRS pour la saison 202 /202

OUI NON

Ne rien noter dans cette partie réservée au club

PAIEMENTS PAR CHEQUES ECHELONNES ACCEPTÉS, indiquez les dates au dos de chaque chèque :

Banque :

Chèque Nb : Montant :

Bons CAF Nb : Montant :

Autre Nb : Montant :

MONTANT TOTAL :

Rib : FR 76 1020 6133 0162 9583 3854 038

Tout adhérent ne respectant pas les règles de sécurité se met hors de la responsabilité du RRCC.

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 inexplicable ?	<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"/>

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, 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.



Fédération Française

**FFRoller
Sports®**

QUESTIONNAIRE DE SANTE QS-SPORT

ATTESTATION

Pour un majeur :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]

en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.



Date et signature du représentant légal

PARTENAIRE OFFICIEL

Fédération Française
Roller Sports

T (33) 05 56 33 65 65 - F (33) 05 56 33 65 66
contact@ffroller.fr
6, Boulevard du Pdt Franklin Roosevelt

TARIFS RRCC 2025/2026

Ecole de roller Enfants	120€
Ecole de roller Adultes	120€
Roller Confirmés Adultes	120€
Roller Vitesse	120€

SECTION ROLLER – HOCKEY

Poussins	120€
Benjamins	120€
Minimes	120€
Cadets	120€
Juniors	120€
Séniors loisir	120€
Séniors Pré-Nat	120€
Séniors N III	200€ (si création)
Féminines N I	120€

-5€ en cascade pour les membres d'une même famille (sauf dirigeant)

DIRIGEANT

Toutes catégories	50€
-------------------	-----

ADHERENT FISCAL (AF)

A partir de	50€
-------------	-----