

# CLUB DE VOILE DE JOUÉ-LÈS-TOURS

## FICHE D'INSCRIPTION STAGES 2026



**Dossier à fournir :** Majeur: pages 1 et 2    Mineur: les pages 1, 2, 3 ou 4 et 5 ou attestation de natation  
**Conditions de vente :** Paiement au plus tard 5 jours ouvrés avant le 1<sup>er</sup> lundi du stage.  
 Remboursement uniquement basé sur une attestation médicale.

Nom du représentant légal :	Prénom :
Adresse :	
Code postal	Ville :
Téléphone fixe <b>ou</b> mobile :	Adresse mail :

<b>Périodes des stages</b>	Matin, Après-midi, Journée	Apportera son déjeuner	du _____ / _____ / 2026	au _____ / _____ / 2026
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____ / _____ / 2026	au _____ / _____ / 2026
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	du _____ / _____ / 2026	au _____ / _____ / 2026

Réservé au CVJ N° de licence ou PassePort Voile	<b>Références des stagiaires</b>				
	<b>Nom de naissance</b>	<b>Prénom</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>Date de naissance</b>
1					
2					
3					
4					

	<b>Frais d'inscription</b>	<b>Tarif par stagiaire</b>	<b>Nombre de stagiaires</b>		<b>Total dû</b>
<b>Passeport Voile et assurance F.F.V.</b> <small>Sauf si titulaire d'une licence valide ou d'un passeport voile valide</small>		14,50 €	X .....		= €
A	<b>Inscription individuelle</b>		<b>Nb. stagiaires</b>	<b>Nb. semaines</b>	<b>+</b>
	• 5 1/2 journées de 9h45 à 12h30 ou 13h45 à 16h30	130 €	X .....	X .....	= €
	• 5 journées de 9h45 à 16h30	190 €	X .....	X .....	= €
A	<b>Inscription famille</b> (à partir de 2 membres)				
	• 5 1/2 journées de 9h45 à 12h30 ou 13h45 à 16h30	120 €	X .....	X .....	= €
	• 5 journées de 9h45 à 16h30	180 €	X .....	X .....	= €
B	<b>Réduction pour adhérent à l'année</b> <small>seulement si votre adhésion annuelle est en cours de validité</small>	- 25,00 € <small>sur inscriptions ci-dessus</small>	X .....	X .....	= €
(A) adhésion temporaire incluse / (B) adhésion temporaire annulée			<b>TOTAL =</b>		€

<b>Mode de règlement</b>		<b>Date</b> / / 2026
<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre du C.V.J.	<input type="checkbox"/> Virement à IBAN n° : FR76 1870 7006 4231 2218 5333 172	<i>Signature :</i>
<input type="checkbox"/> Carte bancaire		
<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> ANCV chèques Vacances (papier seulement)	
<input type="checkbox"/> Pass'Loisirs Jeunes ou Pass'sport : Numéro :		

# POUR LES MAJEURS ET REPRÉSENTANTS LÉGAUX



## DÉCLARATIONS, ENGAGEMENTS et AUTORISATIONS

Je, soussigné, (Nom) ..... (Prénom) .....

En tant qu'adhérent et/ou En tant que représentant légal des mineurs ci-après désignés :

(Nom) ..... (Prénom) .....

(Nom) ..... (Prénom) .....

(Nom) ..... (Prénom) .....

(Nom) ..... (Prénom) .....

### **Déclarations du représentant légal pour les mineurs mentionnés ci-dessus :**

Autorise les mineurs désignés ci-dessus à suivre les activités de voile.

Je m'engage à étiqueter le sac de sport en indiquant son nom, prénom et n° de téléphone en cas d'urgence.

Je dégage le club de toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident survenant hors de la base nautique et en dehors des activités encadrées.

J'autorise le club à faire pratiquer en cas de nécessité sur les mineurs désignés ci-dessus toute intervention et/ou tout soin médical qui apparaîtraient utiles et à les conduire dans un centre hospitalier.

Je m'engage à fournir une attestation de natation ou à défaut la page 5 complétée par les autorités compétentes

### **Déclarations pour les majeurs:**

J'atteste sur l'honneur savoir nager sur une distance de 50 mètres en eau profonde.

J'autorise le club à faire pratiquer en cas de nécessité toute intervention et/ou tout soin médical qui apparaîtraient utiles et à me faire conduire dans un centre hospitalier.

Je déclare avoir pris connaissance de mes obligations et m'engage à m'y conformer. Le paiement de la cotisation vaut acceptation du règlement intérieur du club et de son fonctionnement.

### **Engagements pour majeurs et mineurs**

Je m'engage à m'informer des garanties associées à la licence FFVoile et si nécessaire à souscrire des garanties complémentaires en matière d'assurance corporelles. Information sur:

<https://www.ffvoile.fr/ffv/web/services/assurance/documents/2025%20Contrat-Individuelle-Accident-MAIF-FFVoile-2025-2027.pdf>

Je m'engage à ne pas naviguer dans la zone de pêche qui se trouve à moins de **25** mètres des berges.

Je m'engage à me conformer aux règles de sécurité, notamment celle qui concerne **l'obligation de porter un gilet de sauvetage ou aide à la flottabilité** lorsque je navigue, quelque soit le support.

Je m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur du Club de voile, et à m'y conformer.

Information sur notre site internet [www.cvj37.com](http://www.cvj37.com)

OUI	Si les cases OUI ne sont pas cochées, nous considérons que vous répondez NON aux questions ci-dessous
<input type="checkbox"/>	J'autorise la ligue, le club, organisateur ou producteur de l'école de voile à utiliser les photos prises lors des séances d'activités du club pour toutes publications nationales, régionales, locales ou internes.
<input type="checkbox"/>	J'autorise les mineurs désignés ci-dessus à rentrer seuls à leurs domiciles à la fin des cours.

Fait à JOUÉ-LÈS-TOURS, le .....

Signature de l'adhérent ou du responsable légal pour les mineurs : *Signature :*

### CLUB DE VOILE DE JOUÉ-LÈS-TOURS

Siège Social : Centre Nautique Lac des Bretonnières, Avenue des Mignardières 37300 Joué-Lès-Tours

Tél : 06.22.08.48,75 / Mail: cvjoue@gmail.com

Site internet: [www.cvj37.com](http://www.cvj37.com) / SIRET : 34314067900014

## **POUR LES MINEURS :**

**Loisir / Pratiquant :** Compléter le questionnaire suivant. Si une case OUI est cochée, merci de nous fournir un certificat médical d'aptitude (Exemple page 4)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ	
DELIVRANCE DE LICENCE - MINEUR FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE	
<p><i>Fédération Française de Voile.</i></p> <p><i>Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical.</i></p> <p><i>Le contenu de ce questionnaire est fixé à l'Annexe II-23 du Code du Sport et a été reproduit à l'identique par la FFVoile dans le tableau ci-dessous.</i></p>	
<p>Ce questionnaire de santé s'adresse aux pratiquants mineurs prenant leur licence<sup>®</sup> au sein de la</p>	
<p>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.</p>	
<p>Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? <b>T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?</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 (ou représentants légaux) de t'aider.</p>	
<p>Tu es une Fille <input type="checkbox"/> un Garçon <input type="checkbox"/></p> <p><small>Les différentes formules relèvent de votre seule responsabilité</small></p>	
<p><b>Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON</b></p> <p><small>Les réponses formulées relèvent de votre seule responsabilité</small></p>	
<p><b>Durant les 12 derniers mois :</b></p>	
<p>1. Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>2. As-tu été opéré (e) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. As-tu beaucoup malgré ou grossi ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>6. As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'est passé ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>7. 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"/></p>	
<p>8. As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>9. As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>10. As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>11. As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>12. As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>13. Te sens-tu très fatigué (e) ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>14. As-tu du mal à t'endormir ou te réveiller-s-tu souvent dans la nuit ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>15. Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>16. Te sens-tu triste ou inquiet ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>17. Pleures-tu plus souvent ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>18. Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Aujourd'hui :</b></p>	
<p>19. Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>20. Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>21. Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>Questions à faire remplir par tes parents (ou représentants légaux) :</b></p>	
<p>22. 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"/></p>	
<p>23. Es-tu inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>24. Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(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.)</p>	
<p><b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b></p>	
<p>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 certificat médical et pouvez simplement remplir l'attestation dédiée (voir ci-dessous) dans votre club.</p>	
<p><b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b></p>	
<p>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.</p>	
<p><b>ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - MINEUR</b></p>	
<p><b>Je soussigné(e) :</b></p>	
<p>Prénom : _____</p>	
<p>Représentant(e) légal(e) de : _____</p>	
<p>Nom : _____</p>	
<p>Numéro de Licence : _____</p>	
<p>Attestis que toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'annexe II-23 du Code du Sport ont reçu une réponse négative et que le mineur, dont je suis le représentant légal, ne présente pas de contre-indication à la pratique de la voile. Je reconnaiss, 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.</p>	
<p>Date et signature du représentant légal</p>	

L'lesen Clé | L'enseignement du Passaport Vélo



**REPRÉSENTATION PARISIENNE DE VOLTA**  
11, rue Henri Bacquin 75015 Paris  
**Tél: 01 40 40 70 80 - Fax: 01 40 40 37 37 - [www.volta.fr](http://www.volta.fr)**

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOLÉE  
16 Henri Bocquillon - 75145 Paris - Tel : 01 40 50 37 00 - Fax : 01 40 60 37 37 - [www.ffvolley.fr](http://www.ffvolley.fr)  
La Fédération Française de Volée est l'association sportive de la confédération des World Bulletin. Au 14/05/2012.

## POUR LES MINEURS :

**Loisir / Pratiquant** : Si vous avez répondu un OUI au questionnaire ci-dessus (page 3), Merci de faire compléter un « Certificat médical d'aptitude » par votre médecin traitant (exemple ci-dessous).



### EXTRAIT DU REGLEMENT MEDICAL DE LA FFVOILE

#### Article 8

L'obtention du certificat médical de non contre-indication à la pratique de la voile et notamment de la voile 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'aide si nécessaire de radiographies.
- **Insiste sur les contre 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 (valable un an)

Dans le cadre de l'article II.3.2 du règlement technique 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  
 l'enseignement de la voile

Fait le ..... à .....

Signature et cachet du médecin examinateur



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE VOILE  
17, rue Henri Bocquillon 75015 Paris  
Tél : 01 40 60 37 00 - [www.ffvoile.fr](http://www.ffvoile.fr)

## **POUR LES MINEURS :**

*Soit un document attestant que votre enfant ne panique pas dans l'eau,  
soit faire compléter le certificat ci-dessous par une personne habilité.*



### **CERTIFICAT DE REUSSITE**

#### **Capacité à savoir nager vingt-cinq mètres et à s'immerger**

Je soussigné, ..... titulaire d'une qualification professionnelle en voile relevant de l'article L. 212-1, sous la carte professionnelle n° ..... , atteste que :

Nom du candidat : .....

Prénom du candidat : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

N° de licence : .....

ne pouvant fournir l'attestation ou l'un des certificats prévu à l'article A.322-3-1 du code du sport, s'est soumis au test<sup>1</sup> prévu à l'article A. 322-3-2 et a démontré sa capacité à :

- effectuer un saut dans l'eau ;
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes ;
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes ;
- nager sur le ventre pendant vingt mètres ;
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Fait pour valoir ce que de droit.

A ..... , le ..... / ..... / 20.....

Signature

---

<sup>1</sup> Test pouvant être réalisé avec ou sans brassière.