



ASCE 17
couleur passion

RENCONTRE FAMILIALE DE

KARTING

À SAINTES



SAMEDI

5 SEPTEMBRE 2026

DE 9H À 13H



CIRCUIT DE SAINTES - 700 m

93 rue des Coudrasses

17100 LES GONDS

PROGRAMME



10h – Rendez-vous et débrief



10h – 13h :

- Challenge individuel adulte
- Séances enfants (2 x 10 min)
- Séance découverte bi-place sur piste extérieure

42 MINUTES DE KARTING
RÉPARTIES COMME SUIT :

10 min
ESSAIS LIBRES



8 TOURS
CHRONOS



16 TOURS
CHALLENGE

TARIFS

- + Adulte(s) +15 ans (ayant droit du 17)
30 € | Extérieur et autres ASCE : **60 €**
- + Enfant(s) -15 ans (ayant droit du 17)
15 € | Extérieur et autres ASCE : **30 €**
- + Bi-place (ayant droit du 17)
14 € | Extérieur et autres ASCE : **28 €**

PLACES LIMITÉES !

- > 20 PILOTES ADULTES
- > 15 ENFANTS

INSCRIPTION OBLIGATOIRE AVANT LE 17 AOÛT

(bulletin + questionnaire santé + chèque à envoyer au référent d'activité)



Podium, remise des récompenses & pot de l'amitié offert par l'ASCE 17



Possibilité de pique-niquer sur place (repas tiré du sac – convivialité !)



Assurance de la structure + responsabilité civile



Rencontre familiale de karting à SAINTES

A retourner impérativement **avant le 17 août 2026**

accompagné de votre participation en chèque ou chèques-vacances à l'ordre de l'ASCE 17, ainsi que le questionnaire santé à :

DIRA CEI de SAINTES ASCE 17

François SERAPHIN

20 Chemin de la basse bauche 17 100 SAINTES

(à adresser également par mail : jean-francois.seraphin@developpement-durable.gouv.fr)

Coordonnées de l'adhérent :

Nom :		Prénom :		numéro d'adhérent :	
service :		mél :			
adresse :					
tél service :		tél perso :		tél port :	

Nom, prénom et âge des joueurs y compris l'adhérent (ayants droit) :

Nom :		Prénom :		Sexe :		âge :	
Nom :		Prénom :		Sexe :		âge :	
Nom :		Prénom :		Sexe :		âge :	
Nom :		Prénom :		Sexe :		âge :	

Montant total joint avec l'inscription :

	adulte(s) et enfants de + 15 ans ayant(s) droit ASCE 17 x 30 €* =		€
	enfant(s) de -15 ans ayant(s) droit ASCE 17 x 15 €* =		€
	bi-place ayant droit ASCE 17 x 14 €* =		€
	bi-place extérieur et autres ASCE x 28 €* =		€
	adulte(s) et enfants de + 15 ans extérieur et autres ASCE x 60 €* =		€
	enfant(s) de -15 ans extérieur et autres ASCE x 30 €* =		€
Total :			€

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

* Ce montant comprend l'ensemble des prestations.



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.

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES SPORTIFS MAJEURS

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 ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<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**

ADHÉRENT 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 :



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

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.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐

un garçon ☐

Ton âge : ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré (e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu fatigué (e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
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 ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (examen médical 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)	☐	☐

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.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**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**

ADHÉRENT MINEUR

Je soussigné M/Mme

Prénom : Nom:.....

ASCE : N° adhérent :

Adresse :

.....

exerçant l'autorité parentale sur

Prénom : Nom:.....

**atteste qu'elle / il a 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 de la personne exerçant l'autorité parentale :