

## BULLETIN D'ADHESION 2020 – 2021



SECTION : \_\_\_\_\_

Nouvel adhérent       Renouvellement

(Merci de compléter très lisiblement chaque ligne svp)

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :      /      /

Sexe :     Masculin                       Féminin

Adresse :

E-mail :

Téléphone mobile :

Téléphone fixe :

### LICENCE

Numéro de licence délégataire :                       Compétition

#### PARTICIPATIONS

PARTICIPATION LA POSTE    Id. RH :                       FONCTION PUBLIQUE

AUTRE PARTICIPATION :                       LICENCE BENEVOLE NON PRATIQUANT

#### CERTIFICAT MEDICAL

du :.....                      **OU**

J'atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé Cerfa n°15699\*01 au verso (si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans)

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter les statuts et la réglementation de la Fédération et de mon club ASPTT.

A .....                      ,le .....

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant (voir verso)

*En cas d'arrêt de l'activité par l'adhérent, aucun remboursement ne sera effectué même avec un justificatif médical.*

ASPTT Vannes Tel : 02 97 54 08 09 – E-mail: vannes@asptt.com – Adresse : 23 rue de Luscanen 56000 VANNES



## 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. Simplet 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.

#### Informatique et libertés

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Sportive des ASPTT pour l'établissement des licences et adhésions sportives chaque saison.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le service « Système d'Informations » de la Fédération Sportive des ASPTT.

Ces données pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leur divulgation.

#### Cession de droit à l'image

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc...) sans avoir le droit à une compensation.

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FASPTT.

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FASPTT.

#### Autorisation parentale

Je, soussigné(e), M. ou Mme représentant légal de :

certifie lui donner l'autorisation de :

- se licencier à la FASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités

- prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'urgence est :

Numéros de téléphone :

Adresse mail :

#### Assurance

L'établissement d'une des deux licences FASPTT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance » et « Dommages corporels » souscrites par la FASPTT.

L'assurance « Dommages corporels » est facultative mais la FASPTT vous informe que mes risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels ». Le montant de cette assurance compris dans le prix de la licence FASPTT PREMIUM est de 1,84 €. Il est de 0,35 € dans la licence événementielle. Si vous ne souhaitez pas cette assurance « Dommages corporels », le montant de cette dernière sera déduite. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

Je, soussigné(e)

reconnais avoir pris connaissance :

- De la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FASPTT (notice aussi disponible sur le site [www.asptt.com](http://www.asptt.com))
- Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Je suis satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

#### Refus d'assurance « Dommages corporels »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en connaissance de cause.

Si le soussigné refuse de souscrire l'assurance « Dommages corporels », il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité physique et il coche la case ci-dessous.

Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels ».