



# FICHE INDIVIDUELLE d'INSCRIPTION

## Fiche Adhérent

Homme  Femme

NOM : .....

PRENOM : .....

DdN : ...../...../.....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : .....

VILLE : .....

E-MAIL 1 : .....

MOBILE 1 : .....

FIXE 1 : .....

E-MAIL 2 : .....

MOBILE 2 : .....

FIXE 2 : .....

Pour les enfants

Personne à contacter : .....

Autorisation photo :

Enfant peut rentrer seul :

## Activité

## Cotisation / Réduction.s

Montant cotisation : ..... €

Montant réductions : ..... €

Total à payer : ..... €

## Règlement.s

Octobre      Janvier      Avril

Carte B :

Espèces :

ANCV :

Autres (\*) :

Chèque.s :

Carte blanche:

(\*) Passe Sport et Carte Blanche

Nom sur chèque si diff. Adh. : .....

## Créneaux

Créneau N°1 : L -M -M -J -V -S

Heure :

Créneau N° 2 : L -M -M -J -V -S

Heure :

Créneau N° 3 : L -M -M -J -V -S

Heure :

Créneau N° 4 : L -M -M -J -V -S

Heure :

## Remarques

## Certificat Médical

## Extrait du règlement intérieur

- **Adhésion d'un enfant:** La responsabilité de l'Association, dans le cadre des activités des sections, ne peut être engagée que si les enfants sont laissés en présence de l'animateur de l'activité. **Les parents doivent donc s'assurer de la présence de l'animateur.** La responsabilité de l'Association cesse à l'heure prévue de la fin de l'activité, les enfants étant alors placés sous la responsabilité parentale.

- **Si des photos sont prises** dans les activités j'accepte qu'elles soient diffusées dans les infos de l'Association.

- **La cotisation aux activités est annuelle et indivisible.** Elle est payable en totalité lors de l'inscription. Sauf pour les inscriptions par internet, des facilités de paiement peuvent être accordées (paiement en 2 ou 3 fois). **Le remboursement total ou partiel est exceptionnel** et ne peut qu'être le fait d'une décision du conseil d'administration.

- **De nombreuses activités** nécessitent calme et concentration. L'utilisation du téléphone portable est par conséquent interdite pendant les séances.

- **Les informations recueillies** sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne.

**Je reconnais avoir lu et accepté les conditions énumérées ci-dessus**

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\*

**Durant les 12 derniers mois**

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?
- 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 ?

*\*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 attestez, selon les modalités prévues par la fédération, 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.

NE RIEN INSCRIRE.  
Les réponses ne concernent que l'Adhérent.e

Je soussigné : .....

adhérent ou représentant légal de l'adhérent

**Questionnaire de santé**

Je reconnais avoir répondu par la négative aux questionnaire de santé.

En cas de réponse positive à une des questions du formulaire, je devrais apporter un certificat médical de non contre indication à mon activité.

**AVANT LE DEUXIEME COURS**

Faute de quoi, l'animateur refusera l'accès au cours.

**Information assurance des licenciés.es Ufolep**

**Pour les licenciés.es Ufolep non pratiquants.es et pratiquants.es de risques R1, R2, R3, R5 ou R6**

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Mult risque Adhérents Association qui comprend la garantie

« Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident ».

**J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base <sup>(6)</sup> dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option suivante (voir ci-dessous le tableau des garanties) :**

**Complémentaire Individuelle de Personnes – Options 1, 2, 3 (pour les mineurs)**

**Pour les licenciés.es Ufolep de risques R5 ou R6 :** Je prends note que le bénéfice des garanties d'assurances APAC est conditionné au respect des consignes et contraintes de sécurité édictées dans l'acte d'engagement joint à la notice d'information.

**Attention:** Les licenciés.es résidant.es à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.

Nature des garanties	Garanties de base	CIP option 1	CIP Option 2	CIP Option 3 (7)
Frais de soins accident	7.623 €	7.623 €	7.623 €	7.623 €
Prothèse dentaire	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent
Lunettes de vue et lentilles	610 €	610 €	610 €	610 €
Prestations complémentaires	305 € 458 € pour les licenciés UFOLEP	1.525 €	1.525 €	1.525 €
Invalidité permanente :	30.490 € x taux 91.470 € x taux > 50% Maximum 60.980 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €
Décès par accident	6.098 € 7.623 € pour les licenciés.es UFOLEP	15.245 €	30.490 € + 7.623 € au conjoint.e + 3.812 € par enfant à charge (capital total maximum de 60.980 €)	6.098 € 7.623 € pour les licenciés.es UFOLEP
<b>Tarifs 2020/2021</b>	<b>1,31 €</b>	<b>27,05 €</b>	<b>39,05 €</b>	<b>25,05 €</b>

Date : ...../...../.....

Signature :