

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES CLUB

Indiquer la SECTION :

IDENTITE

Nom* : _____ Prénom* : _____
 Sexe* : Homme Femme Date de naissance* : ____ / ____ / ____
 Adresse du domicile* : _____
 Code Postal* : _____ Ville* : _____
 E-mail* : _____ Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____
 Profession : _____ Fonction publique : Oui Non
 La Poste / Identifiant RH : _____
 Bénévole
 Licence Délégitaire / Numéro : _____
 Compétition
 J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (Cefra n°15699*01)
 Ou, pour les mineurs :
 J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions relatives à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence (annexe II-23 du code du sport)

CONTROLE DE L'HONORABILITE

(A remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

Encadrant Dirigeant Arbitre
 La licence que je sollicite me permet d'acquiescer aux fonctions déléguées au sport et/ou exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport et/ou aux fonctions d'arbitre au sens de l'article L. 223-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honnabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué. Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée ainsi qu'à la Fédération et au club au sein duquel j'exerce comme éducateur ou exploitant ou arbitre. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

J'ai compris et j'accepte ce contrôle

Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honnabilité :

Nom et Prénom de naissance* (si différent de l'usage) _____
 Lieu de naissance* : _____
 Né en France : Département _____ Commune : _____
 Né à l'étranger : Pays _____ Ville : _____
 Si né à l'étranger : _____
 Nom de la mère _____ Prénom de la mère _____
 Nom du père _____ Prénom du père _____

ACTIVITES ET MONTANTS FINANCIERS

SECTION :

Type d'adhésion : Création Renouvellement

Licence FSASPTT : _____
 Licence ASPTT PREMIUM 26 €
 Licence FSASPTT ACCESS 8 €
 Licence FSASPTT EVENT 2 €

Licence FSASPTT : 26 Euros
 Droits d'adhésion club : 17 Euros

Montant section : _____
 Montant licence délégataire : _____
 Montant autre : _____
Montant total : _____
 Mode de paiement : _____

*montants obligatoires

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme _____ représentant légal de _____
 certifie lui donner l'autorisation de :
 + Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités
 + Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin de effectuer les déplacements nécessaires 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 : _____
 Numéro de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés 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 (cession de droit à l'image).
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de mon club ASPTT.
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT.
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
 Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

ASSURANCES

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou FSASPTT EVENT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les 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 » ou « Assistance aux personnes ». Le montant de ces assurances compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM est de 1,51 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,30 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Il est respectivement de 0,35 € et 0,10 € dans la licence FSASPTT EVENT. Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique. Les licenciés ASPTT PREMIUM bénéficient également d'une assurance « Protection juridique contre les violences physiques, psychologiques et sexuelles ».

REBUS D'ASSURANCE "DOMMAGES CORPORELS ET/OU ASSISTANCE"

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », 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 toute connaissance de cause.
 Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance :
 + Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérent au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
 + Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)
 Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la ou les cases ci-dessous :
 Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »
 Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération

A _____
 Le ____ / ____ / ____

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » (Cerfa 15699-01) Préalable à la demande de renouvellement de licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Sportive des ASPTT.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
À 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.) survenue 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 attestez, en cochant la case « Renouvellement questionnaire de santé » sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu non à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.