

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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
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 ?	<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 atteste, 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.

Je soussigné M/Mme atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif.

Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme en ma qualité de représentant légal de atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

Abonné(e)

Nom* _____ Adresse* _____

Prénom* _____

Date de nais.* _____ CP* _____ Ville* _____

Sexe* Homme Femme

E-mail* _____

Tél. Fixe _____ Tél. Mob _____

Profession _____ Bénévole La Poste, id RH _____

**champs obligatoires*

Etat sportif

Licence délégataire

Compétition

Certificat médical du ___/___/_____ (moins d'un an)

Ou, si vous avez fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans

Renouvellement questionnaire de santé

Personne à prévenir en cas de besoin _____

Comment avez-vous connu l'ASPTT ?

Affichage Forum Radio Site Internet

Un ami Presse Manif. sportif Autre

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter le règlement de la fédération.

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal

Le : _____ A _____

Cadre réservé à la direction

Activité	
Adhésion ASPTT	_____
Licence FSASPTT	_____
Licence délégataire	_____
Part section	_____

Règlement	TOTAL
<input type="checkbox"/> Espèces	_____
<input type="checkbox"/> Chèque _____	_____
<input type="checkbox"/> Carte bancaire	_____
<input type="checkbox"/> CE /ANCV/Coupon sport _____	_____

INFORMATIQUE ET LIBERTES

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

CESSION DE DROIT A L'IMAGE

- Je ne souhaite pas que les photos, prises de vue et interviews réalisés 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.
- 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.

ASSURANCE : (1)

L'établissement d'une des 4 licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT. L'assurance « dommages corporels » est facultative 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. Le montant de l'assurance compris dans le prix de la licence loisir est de 1,84 € et dans celui de la licence associée est de 0,60 €. Il est de 0,35 € dans la licence événementielle et de 0,45 € dans la licence stage. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit. 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 toute connaissance de cause. Concernant la licence FSASPTT associée, il est précisé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

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 FSASPTT (notice disponible sur le site 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.

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre. Je suis satisfait à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

REFUS D'ASSURANCE «Dommages corporels»

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance Dommages Corporels, 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 case ci-dessous.

- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance Dommages Corporels

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal

Le : _____ A _____

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

ENFANT (Nom et Prénom) _____

Je, soussigné(e) M ou Mme _____ représentant légal de de l'enfant cité ci-dessus, 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 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.

- J'autorise mon enfant à **repartir seul** après son activité/cours.

- J'autorise Mr et/ou Mme (nom et prénom) _____ à reprendre mon enfant après son activité/cours.

- Seul Mr ou Mme (nom et prénom) : est autorisé(e) à reprendre mon enfant après son activité/cours.

La présentation d'une pièce d'identité est obligatoire pour toutes personnes mentionnées sur ce document.

- En cas d'accident sportif ou problème de santé de mon enfant, j'autorise le club à le faire prendre en charge par un service d'urgence (Pompiers, SAMU...)
- Je m'engage à informer le personnel de l'ASPTT Tours de toute modification occasionnelle et/ou permanente.

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal

Le : _____ A _____