

## 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"/>

*\*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.

CM  QS  Adhérons  Facture  Licence \_\_\_\_\_

#### Abonné(e) Création Renouvellement

Nom\* \_\_\_\_\_ Prénom\* \_\_\_\_\_

Date de nais.\* \_\_\_\_\_ Sexe\*  Homme  Femme

Adresse\* \_\_\_\_\_

CP\* \_\_\_\_\_ Ville\* \_\_\_\_\_

E-mail\* \_\_\_\_\_

Tél. Fixe \_\_\_\_\_ Tél. Mob \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_  Bénévole  La Poste, id RH \_\_\_\_\_

*\*champs obligatoires*

#### Etat sportif

Licence délégataire  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 s'il s'agit d'un renouvellement de licence

Personne à prévenir en cas de besoin \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

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**

Espèces

Chèque n° \_\_\_\_\_

Carte bancaire

CE /ANCV/Coupon sport \_\_\_\_\_

## INFORMATIQUE ET LIBERTES

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

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

## 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 l'ASPTT Tours
- 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 2 licences FSASPTT 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 FSASPTT 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 déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

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](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.**

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»

En cas de refus de souscription de l'assurance «Dommage 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.

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.

La personne à contacter en cas d'urgence est : \_\_\_\_\_

N° tél. \_\_\_\_\_

- J'autorise mon enfant à **repartir seul** après son activité/cours.
- J'autorise occasionnellement ces personnes à récupérer mon enfant après son activité/cours :

Mr / Mme .....	.....	.....	.....
NOM.....	.....	.....	.....
Prénom.....	.....	.....	.....
Tél.....	.....	.....	.....

- 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.***

- Je m'engage à informer le personnel de l'ASPTT Tours de toute modification occasionnelle et/ou permanente, et faire part à la Direction de toutes informations nécessaires à la bonne pratique de l'activité de l'enfant.

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal

Le : \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_