



GYM FORM ,

Adhérent :

NOM : Prénom :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Tél :

Mail :

CRÉATION DE LICENCE 2021/2022

 ASSOCIATION

 COMITE DEPARTEMENTAL

INFORMATION DU LICENCIÉ

 NOM Prénom Sexe Masc. Fém.

 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Nationalité

 Adresse

 Code postal Ville

 Tél. E-mail
 JE SOLLICITE LA CREATION LE RENOUELEMENT de ma licence désignée ci-dessus.

ACTIVITES PRATIQUEES DANS MON ASSOCIATION

 Etes-vous dirigeant ou encadrant dans l'une de ces activités ? OUI NON

 Si OUI, veuillez renseigner **OBLIGATOIREMENT** les champs suivants :

 Nom de naissance :

 Commune de naissance : N° de département

 Si né(e) à l'étranger PAYS Commune de naissance

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSOCIATION

 Type de licence : AC CA CL AM CD CE

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT FSCF

 Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance du tableau des garanties (l'intégralité de la notice d'information étant téléchargeable sur www.fscf.asso.fr/assurances).

 Je déclare adhérer à l'option* : MINI (1,90 €) MIDI* (3,75 €) MAXI* (5,50 €)

 Je refuse d'adhérer au contrat mais j'atteste avoir été informé(e) et incité par mon association à souscrire cette assurance individuelle accident qui vient compléter mon régime obligatoire.

ATTESTATION DE SANTE / CERTIFICAT MEDICAL

MINEURS

Attestation

Je déclare avoir transmis à l'association le talon de mon attestation de santé pour la pratique sportive attestant que toutes mes réponses étaient négatives.

 du / /

Certificat Médical

En cas de réponse positive au questionnaire de santé (pour les mineurs), je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

 du / /

MAJEURS

Première licence

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

 du / /

Renouvellement

Je déclare avoir transmis à l'association le talon de mon attestation de santé pour la pratique sportive attestant que toutes mes réponses étaient négatives.

 du / /

DROIT À L'IMAGE / DONNEES PERSONNELLES

En souscrivant une licence, je reconnais que la FSCF, ses organismes déconcentrés et associations peuvent être amenés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion et du développement des activités de la fédération.

J'ai pris connaissance que mes données personnelles seront utilisées par les structures fédérales pour la gestion des licences, et de ma possibilité de rectification.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

 A

 Le

Signature du licencié (ou du représentant légal)

Tampon de l'association (ou signature du président)

* Les deux dernières options ouvrant droit à des indemnités journalières en cas de perte de salaire

Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licences. Elles sont destinées aux associations, comités départementaux, comités régionaux de la FSCF et, sauf opposition, à nos partenaires. Conformément à la « Loi Informatique et Liberté » (loi n°78-17) et le règlement européen n°2016/679, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Le demandeur peut exercer ses droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FSCF par mail à « dro@fscf.asso.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FSCF - D.P.O. 22 rue Oberkampf, 75011 PARIS.

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION
À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e) _____ Docteur en médecine,
Après avoir examiné ce jour _____

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Sexe Mas. Féminin

CERTIFIE APRÈS EXAMEN QUE SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :

En compétition et en loisir* :

_____	_____
_____	_____

En loisir uniquement* :

_____	_____
_____	_____

Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes* :

_____	_____
_____	_____

(*À COMPLÉTER OU COCHER SELON LES CAS)

A _____
Le _____

Signature et Cachet



Fédération Sportive et Culturelle de France
22 rue Oberkampf ■ 75011 Paris
T +33(0) 1 43 38 50 57 ■ F +33(0) 1 43 14 06 65
fscf@fscf.asso.fr ■ www.fscf.asso.fr

Conformément à la loi n°2016-041 du 26/01/2016 et des décrets n°2016-1157 et 2016-1387, ce certificat médical est valable 3 ans pour la délivrance d'une licence sans interruption au cours des 3 années sous réserve de remplir un auto-questionnaire de santé annuel mentionnant l'absence d'événements médicaux dans l'année écoulée, auquel cas un nouveau certificat médical est nécessaire. Pour les sports à contraintes particulières, un certificat annuel reste nécessaire : alpinisme ; plongée subaquatique ; spéléologie ; disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'un aéronef à l'exception de l'aéromodélisme ; rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

Ce certificat médical n'est pas nécessaire avant l'âge de 6 ans et pour les activités non sportives.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS - 2021/2022

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF - (PERSONNES MAJEURES)

MERCI DE REpondre A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /

Questionnaire rempli le :


Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé par **OUI** ou par **NON** durant les douze derniers mois

		OUI	NON
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"/>
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.) 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 OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

 PARTIE À DÉTACHER

ATTESTATION SANTE POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR LA SAISON 2021-2022

Je, soussigné(e) : Nom Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant

A

Le

TABLEAUX DE GARANTIES PACK ACTIVITES 2021/2022



TABLEAUX DE GARANTIES ACCIDENTS CORPORELS

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	MINI	MIDI	MAXI	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS DÉCÈS Majoration du capital : ■ Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) ■ Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
		5 000 € 5 000 €		
INVALIDITÉ PERMANENTE ■ Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	Franchise relative de 5%
INDEMNITÉ SUITE A COMA Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITÉ TEMPORAIRE	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			NEANT
Avec une sous-limite de : ■ Frais hospitaliers ■ Chambre particulière	Selon montant légal 30 € / jour, maxi 30 jours			NEANT NEANT
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) - Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2) 250 € (2)	350 € (2) 350 € (2)	500 € (2) 500 € (2)	NEANT NEANT
- Prothèse auditive, par appareil (forfait) - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)		160 € (2) 160 € (2)		
■ Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NEANT
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	2 500 €			
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	1 600 €			15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES	1 600 €			2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	1 600 €			35% d'IPP

(1) GARANTIE MAXIMUM 1 525 000 € EN CAS DE SINISTRE COLLECTIF - (2) CE MONTANT S'ENTEND PAR « SINISTRE ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE » PAR ASSURÉ



TABLEAUX DE GARANTIES ASSISTANCE VOYAGE

NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs) ■ Frais de transport de l'assuré blessé ou malade	Frais réels	NEANT
■ Soins médicaux à l'étranger - Frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires	150 000 €	80 €
■ Prolongation de séjour avant rapatriement - Frais d'hôtel - Frais de transport retour - Rapatriement ou transport sanitaire Frais réels - Retour prématuré Frais réels - Transport et rapatriement du corps Frais réels - Retour des autres personnes Frais réels - Transport d'un membre de la famille Frais réels	80 € / nuit maximum 10 nuits Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	
■ Frais d'hôtel - Caution pénale - Assistance juridique à l'étranger - Avance de fonds à l'étranger - Aide en cas de perte de documents d'identité - Aide en cas d'annulation ou retard d'avion - Transmission de message urgent - Chauffeur de remplacement - Assistance aux enfants et petits enfants Billet A/R (train ou avion) - Accompagnement psychologique	80 € / jour maximum 10 nuits 15 000 € 1 500 € 500 € GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	NEANT