CREATION DE LICENCE 2026/2027 — RANDONNEE

ASSOCIATION Enfants de France de Bergerac — COMITE DEPARTEMENTAL

INFORMATION DU LICENCIÉ — section RANDONNEE 2026 - 2027

NOM — Prénom — Sexe ☐ Masc. ☐ Fém.

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

Adresse

Code postal — Ville

Tél. — E-mail

Pour les Mineurs — NOM et Prénom du représentant légal

Tél. — E-mail

ACTIVITES PRATIQUES DANS MON ASSOCIATION

Etes-vous dirigeant, encadrant ou juge/arbitre dans l'une de ces activités ? (pour licencié de 16 ans ou plus) ☐ OUI ☐ NON

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

Nom de naissance :

Commune de naissance : — Numéro de département

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

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

☐ Création de licence ☐ Renouvellement de licence — Type de licence : ☐ AC ☐ CA ☐ CL ☐ CD ☐ CE

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT FSCF

☐ **Je reconnais (**ou mon représentant légal pour les mineurs) **avoir pris connaissance du tableau des garanties** (l'intégralité de la notice d'information étant téléc. argeable sur http://www.fscf.asso.fr/assurances). Je déclare adhérer à l'option* : ☐ MINI (2,00 €) ☐ MIDI* (4,00 €) ☐ MAXI* (6,00 €)

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

ATTESTATION DE SANTE / CERTIFICAT MEDICAL ACTIVITE EN COMPETITION

ATTESTATION DE SANTE

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 MEDICAL

En cas de réponse positive au questionnaire de santé (à l'Etape 2 - questionnaire santé-sport pour les majeurs), je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

du / /

DROIT À L'IMAGE / DONNEES PERSONNELLES

Droit à l'image : Je soussigné (ou mon responsable légal pour les mineurs), responsable de la structure mentionnée dans la case "ASSOCIATION" ci-dessus, reconnait l'adhérent pour lequel j'effectue la saisie m'autorise à insérer sa photo d'identité sur sa licence et qu'il autorise la FSCF à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie pour le territoire français et sur une durée de dix ans à compter de la captation de son image. Je reconnais avoir informé l'adhérent qu'il disposait d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concerne (art.34 de la loi "Informatique et libertés"), soit par son espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Sportive et Culturelle de France. ☐ OUI ☐ NON

Condition d'utilisation des données : Je soussigné (ou mon responsable légal pour les mineurs), responsable de la structure mentionnée dans la case "ASSOCIATION" ci-dessus, déclare que la personne physique pour le compte de laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO, a pris connaissance de la réglementation fédérale et s'engage à la respecter. ☐ OUI ☐ NON

Offres de services FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO autorise la FSCF à lui adresser ses offres de services (accès à la formation, séjours jeunesse, développement d'activités, etc.). ☐ OUI ☐ NON

Offres promotionnelles des partenaires FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO autorise les partenaires de la FSCF à lui adresser des offres promotionnelles. ☐ OUI ☐ NON

Lettre d'information FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO souhaite recevoir la newsletter fédérale afin de suivre toute l'actualité de la FSCF. ☐ OUI ☐ NON

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 licenciés. 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 « dpo@fscf.asso.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FSCF - D.P.O. 22 rue Oberkampf, 75011 PARIS.

CERTIFICAT MEDICAL 2026/2027

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION A 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*(1) :

En loisir uniquement*(1) :

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

* À COMPLÉTER OU COCHER SELON LES CAS

(1) EN CAS DE REPONSE POSITIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE

A _____

Le _____

Signature et Cachet

Fédération Sportive et Culturelle de France

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

Depuis l'évolution amenée par la loi n°2022-296 du 2 mars 2022, la fédération peut fixer les conditions dans lesquelles un certificat médical peut être exigé pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence pour les personnes majeures, après avis de sa commission médicale. La FSCF a ainsi choisi d'imposer la transmission d'un certificat médical uniquement en cas de réponse positive aux questionnaires de santé ci-dessous. Pour les sports à contraintes particulières, un certificat médical annuel reste nécessaire : plongée subaquatique y compris souterraine, disciplines sportives pratiquées en compétition pour lesquelles la mise hors combat est autorisée, 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, discipline sportive 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 karting et du modélisme automobile radioguidé, disciplines motonautiques.

ATTESTATION SANTE-SPORT POUR LES MAJEURS - 2026/2027

ETAPE 1 / QUESTIONNAIRE "SITUATIONS PARTICULIERES DE LA VIE"

Certaines situations nécessitent un avis médical préalable, notamment dans le cadre d'une pratique intensive ou compétitive.

Ce questionnaire permet d'identifier ces situations :

Dans l'objectif de pratiquer une activité physique ou sportive de façon intensive ou compétitive et concernant les raisons suivantes, aucun bilan médical n'a été effectué :	**OUI**	**NON**	**Non Concerné(e)**
• **Un membre de votre famille** (parents, frère ou sœur, enfants) **est décédé subitement** d'une cause cardiaque ou inexpliquée			
• **Un membre de votre famille** (parents, frère ou sœur) **a présenté une maladie cardiaque avant ses 35 ans**			
• **Vous avez repris une activité physique intensive après 45 ans (femme) et 35 ans (homme)**			
• **Vous poursuivez une activité physique intensive ou en compétition après avoir eu 60 ans**			
• **Vous cumulez au moins deux des facteurs de risque cardiovasculaire :** - vous êtes âgé(e) de 50 ans et plus - vous êtes fumeur - vous êtes diabétique - vous avez du cholestérol en excès - vous avez de l'hypertension artérielle			
Vous êtes suivi pour une maladie chronique			
Vous avez noté une baisse récente et inexpliquée de performance			

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- **Réponse OUI à au moins une question :** consultation médicale obligatoire pour avis et autorisation de pratique. Une fois cette autorisation obtenue, vous pourrez passer à l'étape 2.

- **Réponses NON ou Non concerné :** passage à l'étape 2

ATTESTATION SANTE-SPORT POUR LES MAJEURS - 2026/2027

ETAPE 2 / QUESTIONNAIRE SANTE SPORT

Certaines pathologies peuvent représenter un risque lors de la pratique d'une activité physique et sportive.

Ce questionnaire permet de détecter d'éventuels symptômes ou situations à risque :

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES	**OUI**	**NON**
Durant les douze derniers mois :		
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 pour une maladie chronique ?		
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 ?		
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.

- **Réponse OUI à au moins une question** : consultation médicale obligatoire afin d'avoir un bilan médical et obtenir un certificat d'absence de contre-indication à la pratique sportive (CACI) qu'il faudra fournir à votre association.

- **Réponses NON** : passage à l'étape 3

ATTESTATION SANTE-SPORT POUR LES MAJEURS - 2026/2027

ETAPE 3 / CONSEILS DE PREVENTION

Avant de finaliser l'attestation Santé-Sport, la Fédération vous invite à prendre connaissance des conseils de prévention suivants :

LES 10 REGLES D'OR DU CLUB DES CARDIOLGUES DU SPORT

LES 10 RÈGLES D'OR
du Club des Cardiologues du Sport

COEUR ET SPORT :
Absolument mais pas n'importe comment



1 Je signale à mon médecin toute **douleur** dans la poitrine ou tout **essoufflement** anormal survenant à l'effort

2 Je signale à mon médecin toute **palpitation** survenant pendant ou juste après l'effort

3 Je signale à mon médecin tout **malaise** survenant pendant ou juste après l'effort

4 Je pratique un échauffement et une **récupération** lors de mes activités sportives

5 Je **m'hydrate** régulièrement pendant l'effort, à l'entraînement comme en compétition

6 J'évite les efforts intenses en cas de **températures** < -5°C ou > +30°C et lors des pics de **pollution**

7 Je ne consomme ni **tabac** ni **nicotine**, encore moins 2h avant ou après une activité sportive

8 Je ne consomme jamais de **drogue**, de **substance dopante** et j'évite l'**automédication**

9 Je ne fais pas de sport intense en cas de **fièvre**, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal

10 Je pratique un **bilan médical** avant de reprendre une activité sportive intense après 35 ans pour les hommes et après la ménopause pour les femmes

Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.

www.clubcardiosport.com

ETAPE 3 / CONSEILS DE PREVENTION

REGLES GENERALES DE PRUDENCE A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE

D'une manière générale, pour réduire les risques d'évènements cardio-vasculaires et de traumatismes musculosquelettiques liés à l'activité physique (AP) :

- Les personnes inactives et/ou sédentaires devraient commencer par des AP d'intensité faible ou modérée et augmenter progressivement par palier, chacun suivi d'une période d'adaptation, jusqu'à atteindre le niveau recommandé ou souhaité d'AP.
- Les personnes physiquement actives devraient adapter leur programme d'AP avec les variations de leur état de santé, de leur condition physique et des conditions de l'environnement.
- Les personnes pratiquant une AP devraient être éduquées pour pouvoir repérer les signes et les symptômes d'alerte, agir en conséquence et en référer à leur médecin (« règles d'or »).

Il est aussi important de permettre au corps de se préparer, puis de récupérer avant et après une AP. Pour cela, la session d'AP doit être précédée d'une phase d'échauffement et suivie d'une phase de récupération.

- La phase d'échauffement consiste en un minimum de 5 à 10 min d'activités cardiorespiratoires et musculaires progressives d'intensité légère à modérée et de mouvements d'assouplissement. L'échauffement est une phase transitionnelle qui permet au corps de s'ajuster aux changements physiologiques, biomécaniques et bioénergétiques de la phase d'AP. Il améliore aussi l'amplitude des mouvements et réduit les risques de blessure.
- La phase de récupération peut être réalisée de manière passive (sans mouvement), ou active avec une réduction progressive des AP à des intensités modérées à faibles, pendant au moins 5 à 10 min. Cette période permet de retrouver progressivement la fréquence cardiaque et la pression artérielle de base et d'éliminer les métabolites produits par le muscle pendant la phase la plus intense de l'AP.

LES GESTES QUI SAUVENT

Parce que la formation aux premiers secours permet de sauver des vies chaque jour, notamment dans le sport, la Commission médicale de la FSCF vous invite à vous former aux gestes qui sauvent.

➔ **Consulter la vidéo de la Fédération Française de Cardiologie.**



Attestation Santé–Sport

Pour la délivrance ou le renouvellement des licences Activités Physiques et Sportives des majeurs

À l'issue de ces 3 étapes, et si vous avez rempli les conditions requises, vous allez pouvoir remplir l'attestation Santé–Sport et la fournir à votre association pour obtenir votre licence.

Je, soussigné, ……,

né (e) le : …….. atteste sur l'honneur :

1) Avoir répondu NON ou Non Concerné à chacune des rubriques du Questionnaire 1 : Situations particulières de la vie
2) Avoir répondu NON à chacune des rubriques du Questionnaire 2 : Santé-APS
3) Avoir lu les 10 règles d'or édictées par le Club des Cardiologues du Sport et les règles générales de prudence à la pratique d'une activité physique de la Haute Autorité de Santé

À ……, le……

Signature du pratiquant

TABLEAUX DES GARANTIES 2026/2027

TABLEAUX DE GARANTIES ACCIDENTS CORPORELS

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	MINI	MIDI	MAXI	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS DÉCÈS	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
Majoration du capital : Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		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 semainede 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			NÉANT
<u>Avec une sous-limite de :</u> Frais hospitaliers Chambre particulière	Selon montant légal 30 € / jour, maxi 30 jours			NÉANT NÉANT
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) - Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2) 250 € (2)	350 € (2) 350 € (2)	500 € (2) 500 € (2)	NÉANT NÉANT
- Prothèse auditive, par appareil (forfait) - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)	160 € (2) 160 € (2)			
Frais de transport primaires (non pris en char ge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NÉANT
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	NÉANT
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 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 ouavion) - Accompagnement psychologique	80 € / jour maximum 10 nuits 15 000 € 1 500 € 500 € GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	NÉANT