

ASSOCIATION

COMITÉ DÉPARTEMENTAL

INFORMATION DU LICENCIÉ

Nom _____ Prénom _____ Sexe Mas. Féminin
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Nationalité _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Ville _____
 Tél _____ E-mail _____

JE SOLLICITE LA CRÉATION LE RENOUELEMENT de ma licence pour l'association désignée ci-dessus.

ACTIVITÉS PRATIQUÉES DANS L'ASSOCIATION

Êtes-vous uniquement dirigeant dans toutes ces activités ? OUI NON

Si oui, quelle fonction _____ Projetez-vous de participer à des compétitions, regroupements ou manifestations départementales, régionales ou nationales ? OUI NON

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSOCIATION

Type de licence : AC AD AM BM BL CA CD CE

ASSURANCE – COMPLÉMENTAIRE FSCF

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance de la notice d'information imprimée en page 5 de ce formulaire (l'intégralité est 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 complémentaire qui vient compléter mon régime obligatoire.

CERTIFICAT MÉDICAL

PREMIÈRE LICENCE

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive du _____ / _____ / _____

RENOUVELLEMENT

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive du _____ / _____ / _____

OU Je déclare avoir transmis à l'association l'attestation de santé du _____ / _____ / _____ confirmant que j'ai répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé-sport.

DROIT À L'IMAGE

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

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

Signature du licencié (ou du représentant légal)

Tampon de l'association (ou signature du président)

A _____
 Le _____

* (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, FSCF et, sauf opposition, à nos partenaires. Conformément à la « Loi informatique et liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et le règlement n°2016/679, dit règlement général sur la protection des données), 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 « juridique@fscf.asso.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FSCF - service juridique et financier, 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)

Signature et Cachet

A

Le



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.