

La saison commence le 1<sup>er</sup> septembre 2023 et se termine le 31 août 2024. Votre adhésion sera validée à compter de sa date de réception par la fédération départementale. En devenant licencié.e Ufolep, vous devenez adhérent.e de la Ligue de l'enseignement.

**Votre association**

Nom de l'association JSAllonnes Omnisports - Multisports

N° affiliation 072003011

**Vos informations personnelles**

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  
 Femme  
Nom de naissance \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Prénom 1 \_\_\_\_\_ Prénom 2 \_\_\_\_\_ Prénom 3 \_\_\_\_\_  
Adresse/CP/Ville \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Mail (1) \_\_\_\_\_

**Votre licence**

**Je demande une licence :**  Adulte Ufolep : né en 2006 et avant  Jeune Ufolep : né de 2007 à 2012  Enfant Ufolep : né en 2013 et après

**Pratiquant.e :**  Animateur.trice (2) (10)  Officiel.le (2) (10)  Sportif.ve  Sans pratique compétitive(3)  
avec activité principale 29200 et autres activités

j'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé (Cerfa N°15699\*01)  
ou je présente un certificat médical de moins d'un an (4) (5) (6) délivré par mon médecin le \_\_\_\_\_

Etes-vous licencié.e à autre fédération sportive  Non  Oui, précisez

Pour les activités Moto, renseignées la date du CASM Moto (7) \_\_\_\_\_ et N° \_\_\_\_\_

**Non pratiquant.e**

Dirigeant.e (pas d'activité à renseigner) (10)

Officiel.le (non pratiquant.e) (2) (10) - Activité principale \_\_\_\_\_ Autres activités \_\_\_\_\_

**Information assurance des licenciés.es Ufolep**

**Pour les licenciés.es Ufolep non pratiquants.es et pratiquants.es de risques R1, R2, R3, R5 ou R6 :**

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisque Adhérents Association qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident ».

**J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base (8) dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option suivante (voir ci-dessous le tableau des garanties) :**

- Complémentaire Individuelle de Personnes - option 1
- Complémentaire Individuelle de Personnes - option 2
- Complémentaire Individuelle de Personnes - option 3 (pour les mineurs)

Date et signature obligatoire du licencié.e R1-R2-R3-R5-R6  
(ou si mineur.e, du.de la représentant.e légal.e)

**Pour les licenciés.es Ufolep de risques R5 ou R6 :** Je prends note que le bénéfice des garanties d'assurances APAC est conditionné au respect des consignes et contraintes de sécurité édictées dans l'acte d'engagement joint à la notice d'information.

**Attention:** Les licenciés.es résidant.es à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.

Conformément aux dispositions de l'article L.321-4 du Code du Sport, vous disposez de la possibilité de souscrire une garantie d'accompagnement juridique et psychologique en cas de violences sexuelles, physiques et psychologiques subies lors de votre pratique sportive sous l'égide de l'UFOLEP

Nature des garanties	Garanties de base	CIP option 1	CIP Option 2	CIP Option 3 (9)
Frais de soins accident	7.623 €	7.623 €	7.623 €	7.623 €
Prothèse dentaire	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent
Lunettes de vue et lentilles	610 €	610 €	610 €	610 €
Prestations complémentaires	305 € 458 € pour les licenciés UFOLEP	1.525 €	1.525 €	1.525 €
Invalidité permanente :				
- de 1 à 50%	30.490 € x taux	76.225 € x taux	76.225 € x taux	76.225 € x taux
- de 51 à 100%	91.470 € x taux > 50% Maximum 60.980 €	228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €
Décès par accident	6.098 € 7.623 € pour les licenciés.es UFOLEP	15.245 €	30.490 € + 7.623 € au conjoint.e + 3.812 € par enfant à charge (capital total maximum de 60.980 €)	6.098 € 7.623 € pour les licenciés.es UFOLEP
Tarifs 2023/2024	1,31 €	27,05 €	39,05 €	25,05 €

(1) Dans le respect du RGPD, le titulaire de l'adresse mail recevra un mail de demande d'autorisation pour l'enregistrement et l'utilisation de son mail. (2) Consulter le règlement technique Ufolep précisant les notions d'animateur.trice et d'officiels.les sportifs. ves. (3) La licence Ufolep portera la mention «Pas de pratique compétitive». (4) La copie du certificat médical sera remis au responsable légal.e ou au.à la Président.e de l'association. (5) Si le licencié a répondu OUI à une question du questionnaire de santé, il doit consulter son médecin qui lui remettra un certificat médical à présenter avec sa demande de licence. (6) Si le licencié.e pratique une activité particulière (Parachutisme, Vol à voile, Vol libre, ULM en compétition, Alpinisme, Plongée, Rugby, Spéléologie, Tir sportif, ou une pratique compétitive en Auto, Karting, Moto), la présentation d'un certificat médical de moins d'un an est obligatoire chaque saison (7) Si toutes les données sont remplies, la licence portera la mention «Licence Sport motocycliste». (8) En cas de non acceptation, veuillez barrer le texte et écrire la mention « sans Individuelle Accident » et contacter votre responsable associatif. La date et la signature sont obligatoires. (9) L'option 3 est réservée aux mineurs.es n'exerçant pas une activité salariée et aux étudiants.es fiscalement à charge de leurs parents. (10) Remplir le verso sur le contrôle d'honorabilité

Date  
d'homologation  
Ufolep

# Fiche d'Urgence Médicale pour mineurs



## Références de l'enfant mineur :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

## Références des parents ou titulaires de l'autorité parentale :

### **Mère :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### **Père :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence médicale, l'Association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. En tant que de besoin les parents autorisent l'association à faire transporter l'enfant par les moyens les plus adaptés vers le site médical le plus approprié. Il appartient à celui-ci de prendre les contacts nécessaires avec la famille pour la définition des soins à apporter.

Afin de pouvoir vous contacter, veuillez nous donner les coordonnées téléphoniques suivantes :

### **Mère :**

Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

### **Père :**

Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

NOM : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ Fixe : \_\_\_\_\_

## **NOM – Adresse – N° de téléphone du médecin traitant :**

NOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

Ce document n'est pas soumis à la règle de la confidentialité.

Il vous appartient de notifier à l'association toutes les modifications de coordonnées survenant en cours d'année.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signatures du représentant légal

# Autorisation Parentale

## « Accompagné - Non Accompagné »



### Je soussigné(e) :

Nom – Prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

### Agissant en qualité de Père –Mère (responsable légal) de l'enfant :

Nom - Prénom .....

Né le .....

### Autorise l'enfant :

A rentrer seul à la maison après l'activité du samedi matin.

### N'autorise pas l'enfant :

A rentrer seul. Dans ce cas les personnes suivantes sont autorisées à venir le chercher :

Nom - Prénom -Téléphone :

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Fait à....., le.....

Mention « Lu et Approuvé »  
Signature du représentant légal



# Autorisation pour utilisation d'image d'un(e) adhérent(e)



Mr Nom : ..... Prénom : .....  
Mme Nom : ..... Prénom : .....

## Responsable légal de l'adhérent(e) au club, non majeur(e) :

Nom : ..... Prénom : .....  
(de l'enfant)

## **Autorise la Section Multisports de la JS Allonnes et le club omnisports, pour l'année sportive 2023-2024 :**

- A le/la photographeur ou filmer au cours des séances ou des manifestations de la section et du club Omnisports.
- A utiliser ces images (photographies ou film vidéo) uniquement dans le cadre des activités de la section Multisports et du clubomnisports.

## L'utilisation de ces images se fera plus particulièrement sur :

Le site Web du club Omnisports pour la page Multisports

Oui  Non

Les articles de presse concernant la section Multisports et du club Omnisports.

Oui  Non

Le(s) panneau(x) d'informations de la section Multisports et du club Omnisports.

Oui  Non

La page Facebook du club Omnisports

Oui  Non

Ces images ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni utilisées à d'autre usages par la J.S.A. Je m'engage par la présente, à ne pas exercer de recours ultérieur en cas de publication de ces images.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques ou aux images qui me concerne ou qui concerne mon enfant est garantie. Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et je dispose du droit de retrait de cette ou de ces images si je le juge utile, par uncourrier adressé à Mr Guillois Jean-Claude Président de la section Multisports de la J.S.A.

Mr Guillois Jean-Claude, Président  
de la section Multisports de la  
Jeunesse Sportive d'Allonnes

Dater, inscrire à la main « **bon pour accord** » et signer des deux parents

# Questionnaire de santé pour un.e mineur.e 2023/2024

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es ?  Une fille  Un garçon Quel âge as-tu ?

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré (e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		

Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		

Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

## Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le.la licencié.e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA  
DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

*(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)*

Je, soussigné Mme / Mr (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal)  
..... certifie avoir répondu NON à toutes les questions du  
formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A .....

Le ...../...../.....

Signature :