

**TIR A L'ARC**

**Partie 1 réservée à l'adhérent**

Nom\* \_\_\_\_\_

Prénom\* \_\_\_\_\_

Date de nais.\* \_\_\_\_\_

Sexe\*  Homme  Femme

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

Profession \_\_\_\_\_

Bénévole

Etat sportif

Licence délégataire - Numéro : \_\_\_\_\_

Compétition \_\_\_\_\_

Certificat médical du : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ou, si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans :

Renouvellement questionnaire de santé (Réponse **NON** à toutes les questions)

Certa n°15699/01

**Partie 2 réservée au club**

Activité :

Type d'adhésion

Création

Renouvellement

Licence FSASPTT

Licence FSASPTT PREMIUM 18.00 €

Droit d'adhésion fédérale 2.00 €

Licence FSASPTT Événementielle 2.00 €

**Informatique et libertés**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Sportive des ASPTT pour l'établissement des licences et adhésions sportives chaque saison. 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. Ces données pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié des s'opposer à leurs divulgations.

**Cession de droit à l'image**

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées 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 la FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

**Autorisation parentale**

Je soussigné(e), M. ou Mme \_\_\_\_\_, représentant légal de : \_\_\_\_\_ 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 nécessaires 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 : \_\_\_\_\_ numéros de téléphone : \_\_\_\_\_ adresse e-mail : \_\_\_\_\_

(\*) Champs obligatoires  
(1) Fonction publique ou assimilée ; entreprise publique, salaire d'association  
(2) Identifiant RH pour les postiers

**Assurance**

L'établissement d'une des deux 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 cette 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.

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 adhérent au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site 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.

**Refus d'assurance « Dommages corporels »**

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages 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 »

**ETES-VOUS INSCRIT EN LIGNE A LA FFTA POUR LA SAISON 18/19 :**

OUI : **NON :**

\* 66% de 37,00€ donne droit à déduction fiscale (cf CERFA n°11580\*03)

## PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT

## TARIFS

- Droit adhésion fédérale : 2,00€   
- FSASPTT PREMIUM : 18,00€

Si déjà inscrit autre section, précisez : .....

- Si Extension de « Droit » vers PREMIUM (si besoin) : 18,00 €

- Licence FSASPTT Stage : 10,00 €

- Licence FSASPTT Événementielle : 2,00 €

Réduction pour 2<sup>ème</sup> enfant - 8,00€

Précisez nom et prénom du 1<sup>er</sup> : .....

Réduction postier : licence Premium gratuite -18,00€

Licence déléгатaire : .....

Adhésion statutaire : 37,00 €

Part section :

Montant total du paiement : .....€

### Moyen de paiement

Chèque (Ordre ASPTT AURILLAC) Précisez banque et numéro du chèque :  
.....

Coupons Sport : n° .....

Pass Cantal : n° .....

Chèque vacances : n° .....

Espèces

	ADULTES	JEUNES
FSASPTT	2€	2€
Adhésion statutaire	37€	37€
Licence et fonctionnement	95€	85€
<b>TOTAL</b>	<b>134€</b>	<b>124€</b>

### Horaires entraînements

#### - Adultes CONFIRMES:

MARDI de 18h à 20h

VENDREDI de 17h à 20h

#### - Enfants et adultes DEBUTANTS :

UNIQUEMENT VENDREDI de 18h à 20h

#### - Enfants CONFIRMES :

VENDREDI de 18h à 20h

ASPTT AURILLAC 230 Rue Jean Ferrat - 15130 ARPAGON SUR CERE  
04 71 64 57 55 aurillac@asptt.com www.aurillac.asptt.com  
Secrétariat ouvert du lundi au vendredi 09h00 – 12h00

**ATTENTION :**

L'association ne collecte pas ce document  
qui est à l'usage exclusif et confidentiel  
du licencié en renouvellement



## 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>			

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplet attestez, 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.

**ATTESTATION QS sport**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ..... ,  
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 [Prénom NOM] ..... ,  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]..... ,  
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.*