

# 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

**Pour les Mineurs** NOM et Prénom du représentant légal

Tél. E-mail

### ACTIVITES PRATIQUEES DANS MON ASSOCIATION

Etes-vous dirigeant ou encadrant dans l'une de ces activités ?  OUI  NONSi 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 RÉSERVÉ À L'ASSOCIATION

Création de licence Renouvellement de licence Type de licence :  AC  CA  CL  AM  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 téléchargeable sur <http://www.fscf.asso.fr/assurances>).Je déclare adhérer à l'option\* :  MINI (1,90 €)  MIDI\* (3,75 €)  MAXI\* (5,50 €) **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

### MINEURS

### MAJEURS

#### 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 / /

#### 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 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](mailto:dpo@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 MINEURS - 2021/2022

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR LA PRATIQUE SPORTIVE DES MINEURS

MERCİ DE REpondre A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom  Prénom   
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA)  /  /  Questionnaire rempli le :  /  /

### AVERTISSEMENT à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est impératif que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire soit correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**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 mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

Tu es une Fille <input type="checkbox"/> un Garçon <input type="checkbox"/>		Ton âge : _____ ans			
Depuis l'année dernière	OUI	NON	Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu la tête qui tourne pendant l'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours ou pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

-> Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un certificat médical. Présentez-lui ce questionnaire renseigné. Les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur sont tenues de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée datant de moins de **six mois**, si au moins une des réponses est positive.

-> Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Compléter et signer l'attestation ci-dessous et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).



PARTIE À DÉTACHER

## ATTESTATION SANTE POUR L'OBTENTION OU LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF A UN MINEUR POUR LA SAISON 2021-2022

Nom du licencié :  Prénom   
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA)  /  /

Je soussigné, responsable légal, atteste sur l'honneur de réponses négatives à toutes les rubriques du questionnaire de santé

Date :

Signature

# 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 inexplicée ?	<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"/>
<b>À 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"/>
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	
<b>ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS DÉCÈS</b> 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 €		
<b>INVALIDITÉ PERMANENTE</b> 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%
<b>INDEMNITÉ SUITE A COMA</b> Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
<b>INCAPACITÉ TEMPORAIRE</b>	Néant	12 €	23 €	4 jours
<b>REMBOURSEMENT DE SOINS</b> (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 charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NÉANT
<b>FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS</b>	2 500 €			
<b>FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE</b>	1 600 €			15 jours d'arrêt
<b>FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES</b>	1 600 €			2 mois d'arrêt
<b>FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE</b> - 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
<b>ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE</b> (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 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	NÉANT