

Consignes pour remplir le dossier :

Remplir avec vos informations chaque zone où il y a des

Cocher les cases qui vous concernent

Lorsqu'il y a deux choix, barrer ou entourer l'un des 2. Exemples :

- père / mère

~~père~~ / mère

- oui / non

oui / ~~non~~

Merci d'envoyer le dossier uniquement lorsqu'il est complet :

dossier + certificat médical (si besoin) + virement effectué



NOM :

Prénom :

Date de naissance : .. / .. /

Lieu de naissance :

@mail :@

Surnom sur le forum :

N° de téléphone :

Adresse postale :

Adhésion au club

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> adulte | 25 € |
| <input type="checkbox"/> enfant école VTT | 58 € |
| <input type="checkbox"/> adulte tarif réduit | 15 € |

(tarif réduit adulte à partir de la 3^{ème} cotisation dans la même famille)

En adhérant au club :

- J'accepte l'utilisation de mon image au travers de photos, films ou autres supports de communication et ayant un lien avec l'activité du club
- J'autorise la communication de mes coordonnées aux autres adhérents du club
- J'accepte que mes données personnelles soient stockées par le Secrétariat du club et communiquées aux fédérations dans lesquelles ils sont licencié
- Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et règlements intérieurs du club (disponible sur le site internet)
- Je reconnais avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé pour mineur ou adulte

Choix de licence et assurance

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> FFC | voir page 2 |
| <input type="checkbox"/> FSGT adulte | voir page 3 |
| <input type="checkbox"/> FSGT enfant | voir page 3 |
| <input type="checkbox"/> FFCT adulte | voir page 5 |
| <input type="checkbox"/> FFCT enfant école | voir page 6 |

Total

Prix adhésion + (licence et assurance) : €

à régler par virement, en indiquant "Adhésion_NOM_Prénom" à :

IBAN : FR76 1027 8073 2100 0203 1780 193

ou à défaut par chèque, à remettre lors d'une réunion mensuelle, à l'ordre de ECOV

Signature :



Fédération française de cyclisme

Fédération dédiée à la compétition cycliste

Licence de janvier à janvier mais disponible à partir du 15/10 en cas de 1ère licence

Licence à réaliser en ligne sur :

ffc.fr

<https://www.ffc.fr/pratiquer/se-licencier/prendre-une-licence-club/?cn-reloaded=1>

Documents à fournir obligatoirement:

- bulletin d'adhésion au club rempli (page 1)
- cette page remplie
- Certificat médical avec mention « cyclisme en compétition » (si besoin)

Correspondant:

Prévenir par mail ou pour toute question :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Type de licence choisie :

...

Prix de la licence et de l'assurance choisie :

..... €

FSGT



Fédération sportive et gymnique du travail

Fédération multisports dont cyclisme

Fédération de loisir et de compétition

Licence de janvier à janvier

Documents à fournir obligatoirement:

- bulletin d'adhésion au club rempli (page 1)
- cette page remplie
- une photo d'identité
- Certificat médical avec mention « cyclisme en compétition » (si besoin)
- fiche de demande de catégorie remplie (page 4)(si besoin)

Si vous ne connaissez pas votre catégorie, elle vous sera attribuée par défaut

Correspondant:

Ces documents sont à remettre à :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Prix de la licence et de l'assurance :

adulte	50 €
enfant	34,9 €



COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES ACTIVITÉS VÉLO
DEMANDE D'ATTRIBUTION D'UN TIMBRE DE CATÉGORIE POUR LES
NOUVEAUX LICENCIÉS ET MULTILICENCIÉS FSGT/FFC
SAISON 2025



82 rue SULLY 69006 LYON

Nom	Prénom	Né(e) le .. / .. / ..
Adresse		
Courriel@.....		
Téléphone		
CLUB	ECOV	N° de licence

--

Avez-vous déjà pratiqué le cyclisme en compétition	OUI	NON
---	------------	------------

Dans quelle fédération	FSGT	UFOLEP	FFC	FFV	DUATHLON	TRIATHLON	VTT	Autres
-------------------------------	-------------	---------------	------------	------------	-----------------	------------------	------------	---------------

Année de votre dernière licence :	Quelle était votre catégorie :
--	---

Coureur FSGT ou UFOLEP au terme de la dernière saison votre catégorie était :
--

Coureur FFC	au terme de la dernière saison votre catégorie était :
--------------------	---

Coureur FFC	Nb de points :
--------------------	-----------------------------

Classement National :

Pour avoir l'autorisation de pratiquer le cyclisme FSGT en compétition un ancien licencié FFC ne doit pas avoir été classé : 1ère catégorie dans les 6 années
Open 1 et 2 ne peuvent pas obtenir une licence FSGT pour le cyclisme de compétition
Open 3 sera classé en 1ère catégorie FSGT
Access 1 et 2 sera classé en 2ème catégorie FSGT
Access 3 et 4 sera classé en 3ème ou 4ème catégorie FSGT selon avis Commission

Voulez-vous adhérer simultanément à une autre fédération	OUI	NON
---	------------	------------

Laquelle	UFOLEP	FFC	<small>dans quelle catégorie</small>
-----------------	---------------	------------	--------------------------------------

J'ai pris connaissance du règlement FSGT et je m'engage à informer la commission des activités vélo 69 en cas de prise de licence avec catégorie dans une autre
Indiquer la catégorie de valeur pour la Route dans la case libre (1, 2, 3, 4, 5)
Catégorie 5 FSGT impossible pour les nouveaux licenciés de moins de 40 ans

Catégorie souhaitée	DIR	CYCLO	VTT	ROUTE	Avis du club	Décision de la	
----------------------------	------------	--------------	------------	--------------	---------------------	-----------------------	--

Attestation parentale ou des représentants légaux pour les mineurs	
Nous soussignés	autorisons notre fils - fille
A participer aux compétitions cyclistes	
A _____	le _____ Signature _____

Je certifie sur l'honneur exact les renseignements fournis ci-dessus.	
Date et Signature du demandeur	Date et Signature du responsable FSGT du club

Pour les demandes Route et VTT toutes les informations demandées doivent être obligatoirement remplies

FFCT



Fédération française de cyclotourisme (ou FFVélo)

Fédération exclusivement de loisir

Licence de janvier à janvier mais disponible à partir de septembre pour une 1ère inscription

Choix de la licence :

- jeune 18 à 25 ans à 13,5€
- adulte > 25 ans à 30 €

Choix de l'assurance :

descriptif des différentes assurances dans le document page 6

- mini braquet à 22,5 €
- petit braquet à 24,5 €
- grand-braquet à 76 €

Documents à fournir obligatoirement:

- bulletin d'adhésion au club (page 1)
- cette page remplie
- notice d'information AXA remplie (page 8-9-10)

Correspondant:

Ces documents sont à remettre à :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Prix de la licence et de l'assurance :

	... € pour la licence
+	... € pour l'assurance
=	... € Total à reporter en page 1



Ecole FFCT

Fédération française de cyclotourisme (ou FFVélo)

Licence de janvier à janvier mais disponible à partir de septembre pour une 1ère inscription

Choix de l'assurance :

descriptif des différentes assurances et prix assurances et licence dans le document pages 8-9-10

- petit braquet à 0€
- grand-braquet à 51,5€

Documents à fournir OBLIGATOIREMENT:

- bulletin d'adhésion au club (page 1) rempli
- cette page remplie
- Autorisation parentale remplie (page 7)
- notice d'information AXA remplie (pages 8-9-10)

Autorisation trajets :

En tant que *père, mère, tuteur,* je soussigné

autorise mon enfant précité à rentrer seul à vélo après la séance.

OUI / NON

Si non, merci de venir le chercher à l'heure prévue.

Correspondant:

Ces documents sont à remettre à :

president@ecov-velo.com

ou lors d'une réunion mensuelle

Pas d'échanges de documents lors des séances

Prix de la licence et de l'assurance :

	13,5 € pour la licence
+	... € pour l'assurance
=	... € Total à reporter en page 1

Signature



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

Sphère Jeunesse

AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

Nom du Club cyclotouriste : ECOV n° FFCT : 05935

Je, soussigné(e) (1)

Nom : Prénom :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Autorise (2)

Nom : Prénom :

à participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte expérimenté, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? oui non

Si oui, joindre la prescription médicale.

Je, soussigné(e) (1) :

Nom : Prénom :

Père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable de l'encadrement (3) :

Nom : DUVAL Prénom : ARNAUD

à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant le jeune (2) :

Nom : Prénom :

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à : le :

Signature,
(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

.....

- (1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,
(2) Nom, prénom de l'enfant
(3) Nom et prénom du responsable de l'encadrement du club

Sphère Jeunesse/MFD/AR/03-2012



RÉSUMÉ DE LA NOTICE D'INFORMATION SAISON 2025



(Conformément aux articles L 321-1, L321-4, L321-5 et L 321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)

Ce document résume les garanties des contrats Responsabilité Civile, Individuelle Accidents et Dommages au matériel vélo et de la convention d'Assistance souscrits par votre Fédération.

Ce document vous est remis afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la défense pénale et recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne qui vous sont proposées par la Fédération française de cyclotourisme ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

Le présent document est un simple résumé des garanties du contrat auquel il convient de se référer en cas de sinistre. Vous disposez également d'un Guide Licencié et de l'accès à l'intégralité de la notice d'information sur votre espace licencié du site de la Fédération www.ffvelo.fr ou sur le site d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues www.cabinet-gomis-garrigues.fr

En choisissant votre option d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet	
→ Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours	Acquise	Acquise	Acquise	
→ Décès accidentel	Non acquise	5 000€	15 000€	
→ Décès ACV/AVC⁽¹⁾ :				
▪ En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans,	Non acquise	1 500€	2 500€	
▪ en Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise	3 000€	7 500€	
→ Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative < 5%	Non acquise	30 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	60 000€ versé en totalité si taux d'invalidité > 66%	
→ Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité Sociale, dont :		3 000€	3 000€	
Prothèse dentaire :				
▪ par dent (maxi 4)		250€	250€	
▪ bris de prothèse		500€	500€	
Lunette :				
▪ par verre		120€	120€	
▪ par monture		200€	200€	
Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale)		500€	500€	
Actes non prescrits et non remboursables		3 séances à 50€	3 séances à 50€	
→ Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	Non acquise	3 000€	3 000€	
→ Assistance dont :				
▪ Rapatriement		Frais réels	Frais réels	
▪ Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance		10 000€	10 000€	
▪ Frais de recherches, de secours et d'évacuation		3 000€	3 000€	
TOUJOURS APPELER L'ASSISTANCE AU 01 55 92 12 94 avant toute décision de rapatriement				
→ Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :				Franchises
▪ Casque		80€	80€	Néant
▪ Cardio-fréquencemètre		100€	100€	Néant
▪ Equipements vestimentaires		Non acquise	160€	30€
▪ GPS		Non acquise	300€	30€
▪ Dommages au Vélo y compris catastrophes Naturelles		Non acquise	1 500€	100€

⁽¹⁾ Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- La faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré, du Bénéficiaire ou du Souscripteur.
- Les accidents causés par l'usage de stupéfiants et de produits toxiques non ordonnés médicalement.
- Les conséquences d'accident résultant :
 - de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ;
 - de tout engin destiné à irradier ou à exploser par modification du noyau de l'atome, ainsi que de leur décontamination ;
 - de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique ;
 - d'attentat ou d'acte de terrorisme utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- Les accidents du fait d'un taux d'alcoolémie de l'assuré égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française régissant la circulation automobile.
- Les conséquences d'une syncope, d'une crise d'épilepsie.
- Les accidents résultant de la guerre civile ou étrangère, les émeutes et mouvements populaires.
- Les accidents provenant de la participation de l'Assuré à une rixe, sauf cas de légitime défense, ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences du suicide et de la tentative de suicide.
- Les accidents résultant de phénomènes naturels à caractère catastrophique.
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics.
- Les conséquences :
 - d'un traitement esthétique et/ou d'opération de chirurgie esthétique non-consécutif à un accident garanti ainsi que leurs suites et conséquences ;
 - de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements populaires, actes de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense, attentat, acte de terrorisme ;
 - d'accidents survenus avant la date d'entrée en garantie de l'assuré ;
 - de maladie ;
 - d'un accident résultant de la navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés.
- Les frais de voyage et de séjour dans les stations balnéaires ou climatiques.

I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès d'Amplitude Assurances Gomis-Garrigues (bulletin N° 1 Annexe 2) :

1- Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30€ par jour, à compter du 4^e jour d'arrêt et ce jusqu'au 365^e jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30€ par jour, à compter du 4^e jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 30€ TTC en complément des formules Petit Braquet ou Grand Braquet.

2- Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2 du Guide Licencié)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo cérébral/ AVC est exclu)	25 000€
Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %	50 000€ ⁽¹⁾

⁽¹⁾ En cas d'invalidité permanente partielle, le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

Cotisation : 25€ ou 50€ pour capitaux ci-dessus doublés.

Pour toutes informations : vos contacts



Amplitude Assurances
Céline GOMIS / Philippe GARRIGUES



LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

12 Rue Louis Bertrand
CS 80045
94207 IVRY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 01 56 20 88 82

E-mail :
l.blondeau@ffvelo.fr

Site internet :
www.ffvelo.fr



ASSISTANCE

AXA ASSISTANCE

Convention n° 0804137
Ligne dédiée 7j/7 - 24h/24
01 55 92 12 94

AMPLITUDE ASSURANCES Céline Gomis - Philippe Garrigues

17 Boulevard de Gare
31500 TOULOUSE
N°Orias : 20005657 - www.orias.fr

Téléphone : 05 61 52 19 19

E-mail :
contact@amplitude-assurances.fr

Site internet :
www.cabinet-gomis-garrigues.fr

II. La protection de vos données personnelles

Nous vous informons que les données à caractère personnel recueillies sont nécessaires pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat d'assurance. Dans ce cadre, ces données peuvent être transmises à l'Assureur et peuvent également être communiquées à des experts, à nos conseils, à nos prestataires et sous-traitants. A défaut d'opposition expresse de votre part, nous pourrions vous adresser des courriers ou emails d'information en lien avec votre contrat sans caractère commercial. Vos données personnelles recueillies et traitées dans le cadre de la gestion de votre contrat ne seront toutefois jamais utilisées à des fins de prospection commerciale. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance ou le consentement concernant l'éventuel traitement de vos données de santé. La base juridique du traitement de vos données est l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont conservées aussi longtemps que nécessaire pour la gestion de votre contrat et au-delà, à compter de la clôture du dossier, pendant la durée autorisée ou imposée par une disposition légale ou réglementaire. Vous disposez de droits d'accès, de rectification, de limitation du traitement, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez également vous opposer pour motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement. Il est précisé que l'exercice de certains de ces droits peut entraîner au cas par cas pour AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues, l'impossibilité de gérer votre contrat et donc les prestations liées à ce dernier. Vous pouvez exercer vos droits à tout moment, sous réserve de justifier de votre identité, et contacter le Délégué à la Protection des Données par courrier électronique à l'adresse contact@cabinet-gomis-garrigues.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : AMPLITUDE Assurances Gomis Garrigues – Délégué à la Protection des Données – 17 Bld de la Gare 31500 TOULOUSE. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : CNIL – 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.



Déclaration du licencié - Saison 2025

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Pour le mineur représentant légal de né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Licencié de la Fédération à (nom du Club)

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu du présent résumé de la notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'AXA pour le compte de ses adhérents
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération
- Avoir choisi une formule MB PB ou GB et les options suivantes :
Indemnité Journalière forfaitaire Complément Décès/Invalidité
Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature du licencié souscripteur
(ou du représentant légal pour le mineur)



Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable 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 est 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 un garçon

Ton âge : ans

Depuis l'année dernière		OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ?		<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"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<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"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		OUI	NON
Te sens-tu fatigué (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"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?		<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"/>
Aujourd'hui		OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?		<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 ? (examen médical 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.



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.

En raison du contexte sanitaire exceptionnel, nous recommandons vivement une visite médicale préalablement à la prise de licence ou la reprise d'entraînement

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
A 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 ?	<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"/>
<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. Simplement atteste, 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.