



## ASCPA Omnisports

27, avenue du Pdt J.F. Kennedy - 33600 PESSAC  
 Téléphone : 05 56 36 05 62 - E-mail : [ascpa33@wanadoo.fr](mailto:ascpa33@wanadoo.fr)  
 Site: [ascpa.asso.fr](http://ascpa.asso.fr) – Facebook: [ascpa.omnisports](https://www.facebook.com/ascpa.omnisports)

Dépôt le  
 JOUR :  
 GROUPE :

## L'ECOLE DES SPORTS DE L'ASCPA INSCRIPTION 2021/2022

Au Bureau de l'ASCPA Omnisports – 27 av du Pdt JF Kennedy – 33 600 PESSAC – Ou par courrier

**Nom de l'Enfant :** \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_\_

Domiciliation : PESSACAIS(E)  AUTRE  (Préciser la ville) \_\_\_\_\_

### CHOIX DU CRENEAU et PLACES DISPONIBLES

EVEIL	<input type="checkbox"/> - MERCREDI	10H00/11H00 (4 ans-2017)	HAUT-LIVRAC (8/16 places)
	<input type="checkbox"/> MERCREDI	11H00/12H00 (5 ans-2016)	HAUT-LIVRAC (8/16 places)
MULTISPORTS	<input type="checkbox"/> LUNDI	17H00/19H00 (6/10 ans - 2015 à 2011)	CAP DE BOS (28 places)
	<input type="checkbox"/> MERCREDI	10H00/12H00 -6/10 ans - 2015 à 2011)	HAUT-LIVRAC (28 places)

### TARIFS ANNUEL 2021/2022

Payables en 3 fois (Encaissables en Octobre 2021 / Janvier et Février 2022)

	EVEIL	MULTISPORTS
<b>Hors commune</b>	171,00€	189,00€
<b>TARIF 1</b> (QF Supérieur à 1 200)	150,00€	180,00€
<b>TARIF 2</b> (QF compris entre 850 et 1.199)	138,00€	162,00€
<b>TARIF 3</b> (QF compris entre 550 et 849)	129,00€	156,00€
<b>TARIF 4</b> (QF inférieur à 549)	108,00€	126,00€

#### Toute inscription est définitive. Il ne sera procédé à aucun remboursement

Si 2 enfants d'une même famille sont inscrits à l'Ecole des Sports de l'ASCPA Omnisports une réduction de 10,00€ sur le montant total sera appliquée.

### PIECES A FOURNIR

(SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE POUR L'ORDRE D'INSCRIPTION)

- La fiche confidentielle d'inscription dûment complétée et signée
- Bordereau demande de licence UFOLEP (dûment complété et signé)
- Questionnaire de santé UFOPEL pour un mineur (dûment complété et signé)  
**ou Certificat médical si 1 réponse positive au questionnaire (A remettre au + tard à la 1<sup>ère</sup> séance)**
- La fiche sanitaire de liaison (dûment complétée et signée)
- Copie de la fiche d'imposition 2021 pour application du tarif (A défaut application du tarif 1)
- Le règlement à l'Ordre de "ASCPA Omnisports"
- Pour une réduction de 10,00€ le Pass'Enfant (6/10 ans) à obtenir auprès de la Mairie de Pessac.
- Courrier d'éligibilité au Pass'Sport (6/18 ans) aide de 50,00€ de l'Etat (ARS ou AEEH)**





## ASCPA Omnisports

27, avenue du Pdt J.F. Kennedy - 33600 PESSAC  
 Téléphone : 05 56 36 05 62 - E-mail : [ascpa33@wanadoo.fr](mailto:ascpa33@wanadoo.fr)  
 Site: [ascpa.asso.fr](http://ascpa.asso.fr) – Facebook: [ascpa.omnisports](https://www.facebook.com/ascpa.omnisports)

**Réservé ASCPA**

Dépôt le  
 GROUPE  
 JOUR

# FICHE CONFIDENTIELLE INSCRIPTION "ECOLE DES SPORTS 2021/2022"

« Une école pour s'épanouir et prendre confiance »

<b>ENFANT - NOM – PRENON</b>		<b>DATE DE NAISSANCE</b>	
<b>ECOLE FREQUENTEE :</b>		<b>QUARTIER DU DOMICILE</b>	
<b>CLASSE :</b>			
<b>RESPONSABLE LEGAL 1</b>		<b>RESPONSABLE LEGAL 2</b>	
<b>NOM / Prénom</b>		<b>NOM / Prénom</b>	
Adresse		Adresse	
CP / Ville		CP Ville	
Tél Dom :		Tel Dom	
<b>Tél Port :</b>		<b>Tél Port :</b>	
<b>e-mail :</b>		<b>e-mail :</b>	
N° SS		N°SS	
N° Allocataire CAF			
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
Nom .....		Prénom .....	
Tel. Dom		Tél Port. : .....	
Lien (exemple Voisin(e.), ami(e.), Grands-parents etc. ) : .....			
<b>AUTORISATIONS</b>			
Je soussigné(e) M, Mme, Mlle * : .....			
Responsable légal de l'enfant .....			
En ma qualité de père, mère ou tuteur *			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autorise</b> les éducateurs à prendre en cas d'accident toutes les mesures nécessaires y compris éventuellement l'hospitalisation. Mais, une intervention chirurgicale ne pourrait être autorisée que par la ou les personne(s) responsable(s) de l'enfant.</li> <li>• <b>Décharge</b> les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir avant et après la prise en charge effective de l'enfant, la prise en charge n'étant effective qu'à partir du moment où l'enfant a été confié à un éducateur.</li> </ul>			
• <b>Médecin traitant</b> : Nom : _____ Tél : _____			
• <b>N° de sécurité sociale de l'enfant</b> : _____			

**DROIT A L'IMAGE**

- J'autorise les prises de vue de mon enfant qui pourraient être exploitées lors d'expositions, diffusion de plaquettes, diaporamas etc. visant à promouvoir l'activité de l'Ecole des Sports de l'ASCPA Omnisports
- Je n'autorise pas l'exploitation des prises de vue de mon enfant.

**PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

- Oui, j'autorise l'utilisation de mes données personnelles (adresse, téléphone, mails ...) durant la période d'adhésion 2021/2022 pour une utilisation dans le cadre de partenariat entre l'Ecole des Sports de l'ASCPA et ses associations ASCPA membres.
- Non, je n'autorise pas la diffusion de mes données personnelles auprès des associations ASCPA

**ASSURANCE**

L'ASCPA Omnisports assure les risques encourus par ses adhérents auprès de la GMF ASSURANCE numéro Z168888.001P. L'assurance prend effet dès le début de l'activité.

L'ASCPA Omnisports, à travers l'UFOLEP, a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisque Adhérents Association qui comprend la « responsabilité civile » obligatoire

Nous vous informons de l'intérêt de souscrire une assurance personnelle, couvrant les dommages corporels auxquels ces pratiques sportives peuvent exposer votre enfant « Individuelle Accident »

Assurance personnelle extra-scolaire :

- Nom de l'Assurance : ..... N° de police : .....

**REGLEMENT INTERIEUR**

- J'atteste avoir reçu et pris connaissance du Règlement Intérieur de l'ECOLE DES SPORTS de l'ASCPA OMNISPORTS

**DEMANDE**

La famille souhaite obtenir

- Une attestation de paiement (pour Comité d'entreprise ou autres)

*Merci de Préciser le Nom pour lequel l'attestation doit être établie : \_\_\_\_\_*

**Certifie exact, les renseignements portés sur le dossier d'inscription**

**Fait le :** .....

**Signature**

**A :** .....

**Date et signature, précédées de la mention « lu et approuvé »**

**INFORMATIONS QUE VOUS JUGEZ UTILES**

Informations que vous jugez utiles de communiquer à l'Equipe Pédagogique :

L'enfant suit-il un **traitement médical**  oui  non

Enfant .....

.....

.....



## ASCPA Omnisports

27, avenue du Président J.F. Kennedy - 33600 PESSAC  
Téléphone : 05 56 36 05 62 - E-mail : [ascpa33@wanadoo.fr](mailto:ascpa33@wanadoo.fr) - Site : [ascpa.asso.fr](http://ascpa.asso.fr) - Facebook : [ascpa.omnisports](https://www.facebook.com/ascpa.omnisports)

### REGLEMENT INTERIEUR 2021/2022

#### ECOLE DES SPORTS DE L'ASCPA OMNISPORTS

**« Une école pour s'épanouir et prendre confiance »**

L'école des sports (Eveil et Multisports) de l'ASCPA Omnisports accueille les enfants scolarisés à Pessac

- En « Eveil » âgés de 4 ans (2017) et de 5 ans (2016)
- En « Multisports » âgés de 6 ans (2015) à 10 ans (2011)

**Pour valider une inscription, le dossier complet devra être remis au Secrétariat** de l'ASCPA Omnisports avant le début des activités. Il sera composé de :

- La fiche confidentielle d'inscription,
- La fiche de liaison sanitaire,
- Du bordereau demande de licence UFOLEP
- Du questionnaire de santé UFOPEL pour un mineur ou Certificat médical si 1 réponse positive au questionnaire (à produire au + tard à la 1<sup>ère</sup> séance)
- La copie de l'avis d'imposition 2021. En cas de non communication, application du tarif le plus élevé.
- Du courrier d'éligibilité au Pass'Sport (6/18 ans) aide de 50,00€ de l'Etat (ARS ou AEEH)
- Du règlement (Montant en fonction des revenus).
- Le pass'enfant de 10€ peut être remis tout au long de l'année, chèque caution à déposer.
- Le courrier d'éligibilité au Pass'Sport (6/18 ans) aide de 50,00€ de l'Etat (ARS ou AEEH)

**Aucune cotisation perçue ne sera remboursée. Il n'y a pas de séance d'essai**

L'ECOLE DES SPORTS de l'ASCPA Omnisports est ouverte, hors vacances scolaires et jours fériés :

- En « Eveil » les mercredi matins de 10H00 à 12H00 - Hall de sports du Haut-Livrac, Av. St Exupéry à Pessac
- En « Multisports »
- Les lundis soirs de 17H00 à 19H00 - Hall de sports de Cap de Bos, Av. des Provinces à Pessac **OU**
- Les mercredi matins de 10H00 à 12H00 - Hall de sports du Haut-Livrac, Av. St Exupéry à Pessac

Les parents doivent impérativement :

- s'assurer de la présence des Educateurs et signer la feuille d'appel avant de laisser leur(s) enfant(s) sous leurs responsabilités.
- Signer la feuille d'appel avant de reprendre leur(s) enfant(s) en fin d'activité.
- Respecter les horaires d'activités (Arrivée début de la séance / Arrivée fin de séance).

La présence des parents durant le temps d'animation ne sera que très exceptionnellement tolérée.

L'activité prévue à l'ECOLE DES SPORTS a pour objectif un éveil sportif et une initiation sportive des enfants.

Ils sont pris en charge à raison de 14 enfants, de 6 à 10 ans, par animateur pour 2 heures d'activité et de 8 enfants de 4 et 5 ans par animateur pour 1 heure d'activité (fonction de la législation en vigueur).

Ils devront être habillés avec des tenues adaptées aux animations : vêtements et chaussures de sports.

Ils pourront apporter un sac dans lequel ils auront à disposition une gourde marquée à leur nom. Leur matériel personnel pourra être utilisé (raquette, rollers, etc...). L'ASCPA ne pourra être tenue pour responsable de la dégradation ou du vol de ce matériel.

Les Educateurs peuvent organiser des activités (course d'orientation...) en dehors des sites dédiés (Parc Cazalet, Parc du Bourgaillh ...). Sauf conditions climatiques difficiles (vent, pluie, ...) les parents emmèneront leurs enfants directement sur le site selon les instructions données par l'Educateur ou les Responsables de l'ECOLE DES SPORTS.

Il est conseillé aux Parents d'enlever à leur enfant, avant le début de l'activité, tout bijou ou objet de valeur qu'il pourrait porter. Les Educateurs n'accepteront pas la garde d'objet de valeur ou de bijoux. Tout objet dangereux est interdit sur le site.

Tout problème de santé doit être signalé sur la fiche sanitaire de liaison et sur le Certificat Médical.

Le responsable de l'ECOLE DES SPORTS peut demander aux parents de venir chercher leur enfant s'il estime que son état de santé le nécessite. Il peut également, s'il le juge nécessaire, prendre l'initiative d'appeler lui-même le médecin désigné par les parents et les en aviser ensuite, faute d'avoir pu les joindre immédiatement.

-o-0-0



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>1 - ENFANT</b>
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES** : ASTHME      oui  non       MÉDICAMENTEUSES      oui  non   
ALIMENTAIRES      oui  non       AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Chapitre 11 de 11 pages

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – SPORTIFS MINEURS

Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021

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 de 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	
Réponds aux questions suivantes par OUI ou par NON*		
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<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 eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu 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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Te sens-tu très 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"/>
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 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 tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir, 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.

TOUS LES SPORTS AUTREMENT

No d'adhésion :

# DEMANDE DE LICENCE 2021/2022

La saison commence le 1<sup>er</sup> septembre 2021 et se termine le 31 août 2022

Votre bulletin d'adhésion sera valide à compter de sa date de réception par la fédération départementale.

(Non utilisable par Mayotte, Nouvelle Calédonie, Polynésie et Wallis et Futuna)

## VOTRE ASSOCIATION

Nom de l'association **ASCPA OMNISPORTS**No affiliation **033318420**

## VOS INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom d'usage \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme Femme

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Né(e) le \_\_\_\_\_

Prénom 1 \_\_\_\_\_ Prénom 2 \_\_\_\_\_ Prénom 3 \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Mail (1) \_\_\_\_\_

## Mes activités Ufolep

- Je suis pratiquant.e :  Adulte Ufolep : né en 2004 et avant  Jeune Ufolep : né de 2005 à 2010  Enfant Ufolep : né en 2011 et après Animateur.trice (Remplir le verso sur le contrôle d'honorabilité) (2)  Officiel.le (2)  Sportif.ve  Sans pratique compétitive(3)Activité principale **29201** Autres activités \_\_\_\_\_

Date du certificat médical (4) (5) \_\_\_\_\_ ou si je ne suis pas soumis.e au renouvellement annuel du

certificat médical,  j'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé (disponible sur : [https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa\\_15699\\_01.do](https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_15699_01.do))Etes-vous licencié.e à autre fédération sportive  Non  Oui, précisez \_\_\_\_\_

Date du CASM Moto (4) (6) \_\_\_\_\_ et N° \_\_\_\_\_

- Je suis non pratiquant.e :

 Dirigeant.e (pas d'activité à renseigner) (Remplir le verso sur le contrôle d'honorabilité) Officiel.le (non pratiquant.e) (2) - 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 ».

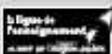
**J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base (7) dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option suivante (voir ci-dessous le tableau des garanties) :**

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

**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.Date et signature obligatoire du licencié.e  
**R1-R2-R3-R5-R6**  
(ou si mineur.e, du/de la représentant.e légal.e)**Attention:** Les licenciés.es résidant.es à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.

Nature des garanties	Garanties de base	CIP option 1	CIP Option 2	CIP Option 3 (8)
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 €
Incapacité permanente : - de 1 à 50% - de 51 à 100%	30.490 € x taux 91.470 € x taux > 50% Maximum 60.980 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	76.225 € x taux 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 2021/2022	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 document sera remis au responsable légal.e ou au à la Président.e de l'association. (5) Pour le licencié adulte, le code du sport impose la présentation d'un certificat médical de non contre indication pour la pratique du sport lors de la première prise de licence. Selon la nature de la pratique (cf codification des activités), il est demandé un certificat médical tous les ans (si activité à conditions particulières), tous les 3 ans ou le renseignement d'un questionnaire santé (pour les activités ne nécessitant pas de certificat médical lors du renouvellement de licence). Pour le mineurs de moins de 18 ans, s'il ne pratique pas d'activité à risque particulier, il n'est pas nécessaire de présenter un certificat médical pour une première demande de licence ou pour un renouvellement : il sera remplacé par un questionnaire de santé rempli avec un des responsables de l'autorité parentale. (6) Si toutes les données sont remplies la licence portera la mention « Licence Sport motocycliste ». (7) 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. (8) L'option 3 est réservée aux mineurs.es n'exerçant pas une activité salariée et aux étudiants.es fiscalement à charge de leurs parents.

Date d'homologation  
Ufolep

D16 - Demande de licence Ufolep - 2021/2022 - Page 1/2

**Pour les licenciés.es Ufolep de risque R4.**

(Activités : 24021-Parachutisme - 24022-ULM - 24023-Vol à voile - 24024-Vol libre - 21031-VNM-Jet-ski)

Je prends note que ma licence ne procure aucune assurance, qu'il s'agit de garanties en Responsabilité Civile comme de l'Individuelle Accident<sup>®</sup>. Je confirme avoir été informé.e (conformément à l'article L. 321-4 du Code du Sport) de l'intérêt à bénéficier de garanties Individuelle Accident couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

Date et signature obligatoires du licencié.e R4  
(ou si mineur.e, du/de la représentant.e légal.e)

**Mes activités culturelles et Usep proposées également par mon association****CONTRÔLE D'HONORABILITÉ DES ENCADRANTS SPORTIFS (Dispositif Ministère des sports)**

Si je sollicite une licence Ufolep dirigeant.e et/ou animateur.trice, cette licence me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront susceptibles d'être transmis par l'Ufolep nationale aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.

J'ai compris et j'accepte ce contrôle

(Les informations sur votre lieu de naissance doivent être renseignées. Elles sont nécessaires pour la vérification d'honorabilité).

Etes-vous né en France ?  Oui, compléter : No du département  Ville  Code postal

Non, compléter : Nom du pays  Ville

Votre Père : Nom  Prénom

Votre Mère : Nom  Prénom

**TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES**

Les données à caractère personnel pouvant être recueillies par LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT font l'objet de traitements ayant pour finalités la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats. Ces données à caractère personnel, celles relatives aux opérations d'affiliation, à la gestion des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, ainsi que dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude et en application de la législation dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, et le financement du terrorisme. Ces données pourront être utilisées pour la personnalisation des offres et l'envoi d'informations sur les produits et services proposés ou distribués par LA LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT. Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de leurs données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Elles peuvent exercer ces droits à tout moment en adressant leur demande à l'adresse [RGPD@LALIGUE.ORG](mailto:RGPD@LALIGUE.ORG). Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables.

L'enregistrement d'une adresse email par le responsable associatif ou le département dans une fiche d'adhésion déclenchera une demande d'autorisation par mail auprès du propriétaire de l'adresse lui demandant d'autoriser cet enregistrement et de choisir les modes d'utilisation de son email.

Acceptez-vous que la Ligue de l'enseignement, l'Ufolep\*, l'Usep communiquent vos coordonnées à des tiers partenaires\* ?  Oui  Non  
(\*Par tiers partenaires, sont concernées les sociétés conventionnées pour un routage catalogue par année sportive avec clause de confidentialité pour les données fichiers. Consultez la liste des partenaires sur [www.ufolep.org](http://www.ufolep.org))

**ACCES A VOS INFORMATIONS PERSONNELLES**

En respect du RGPD, vous pouvez accéder à vos informations personnelles communiquées lors de la demande de licence à votre association. Votre responsable associatif doit vous remettre une licence sur laquelle figure votre numéro d'adhérent qui va vous permettre d'accéder à votre espace personnel Webaffligue-Adhérent et à vos données personnelles enregistrées. Connectez-vous à <https://www.affligue.org> et cliquer sur « Recevoir mes identifiants ». Vous recevrez vos identifiants sur le mail communiqué lors de votre demande de licence.

Pour plus plus d'informations, prenez contact avec votre responsable associatif.