

☐ **Déjà adhérent sur la saison 2019 – 2020**

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Mail : _____

Etablissement fréquenté : _____

N° licence sport adapté : _____

Je souhaite être membre de l'association Nouvel Envol 05 afin de participer aux activités de l'association dont le siège se trouve : 7, rue des rémouleurs - ZI d'Entraigues 1 - 05200 EMBRUN.

➡ J'autorise Nouvel Envol 05 à prendre, publier ou diffuser des photos de _____

- sur le site Internet ou dans les brochures de l'association : ☐ oui ☐ non

- sur le Facebook de l'association : ☐ oui ☐ non

➡ J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation, etc.) rendues nécessaires par l'état de _____

☐ oui ☐ non

Je joins un chèque de 15 euros pour la cotisation annuelle.

A _____ Le _____

Signature du membre :

Autorisation pour les mineurs et personnes sous tutelles

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal (entourez la mention correspondante) de :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Mail : _____

➡ Autorise _____ à participer à toutes les activités proposées : ☐ oui ☐ non

Si non, lesquelles : _____

➡ Autorise Nouvel Envol 05 à prendre, publier ou diffuser des photos de _____

- sur le site Internet ou dans les brochures de l'association : ☐ oui ☐ non

- sur le Facebook de l'association : ☐ oui ☐ non

➡ Autorise les responsables à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation, etc.) rendues nécessaires par l'état de _____

☐ oui ☐ non

A _____ Le _____

Signature :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____

MEDICAL

Médecin traitant : _____ Ville : _____ Tel. : _____
 Traitement : Matin _____ Midi : _____ Soir : _____

	OUI	NON	REMARQUES
PROBLEME MOTEUR			
DEFICIT SENSORIEL			
APPAREIL AUDITIF			
LUNETTES / LENTILLES			
PROTHESE DENTAIRE			
EPILEPSIE			
EPILEPSIE STABILISEE			
ASTHME			
SOINS INFIRMIER			
CONTRE INDICATIONS MEDICALES			

REMARQUES PARTICULIERES : _____

VIE QUOTIDIENNE & ALIMENTATION

	SEUL	AVEC AIDE	NON
PREND SA DOUCHE			
SE LAVE LES DENTS			
SE RASE			
S'HABILLE			
VA AUX TOILETTES			
GERE SON LINGE SALE			
MANGE			
GERE SES QUANTITES ALIMENTAIRES			
GERE SON ARGENT DE POCHE			

	OUI	NON
MIXER LES ALIMENTS		
ALLERGIES ALIMENTAIRES		
Préciser :		
REGIME ALIMENTAIRE		
Préciser :		
CONSOMME DE L'ALCOOL OCCASIONNELLEMENT		
FUME		
A quelle fréquence :		
ENURESIE		
ENCOPRESIE		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

HEURE HABITUELLE DU COUCHER : _____

DU LEVER : _____

SIESTE ☐ OUI ☐ NON ☐ PARFOIS

PERIODE HABITUELLE DE DOUCHE : ☐ MATIN ☐ SOIR ☐ INDIFFERENT

AUTRES INFORMATIONS : _____

HABITUDES NOCTURNES DE L'ADHERENT (réveil en cas d'énurésie, appareillage, etc.) : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____

APTITUDES A COMMUNIQUER

	OUI	NON
S'EXPRIME PAR LE LANGAGE		
S'EXPRIME PAR GESTES		
S'EXPRIME PAR CRIS		
DIFFICULTES DE COMPREHENSION		

	OUI	NON	AVEC AIDE
SAIT LIRE			
SAIT ECRIRE			
SAIT TELEPHONER			
SAIT EXPRIMER SES CHOIX			

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

COMPORTEMENT SOCIAL

	OUI	NON
AGRESSIVITE VERBALE ENVERS LES AUTRES		
AGRESSIVITE PHYSIQUE ENVERS LUI-MÊME		
AGRESSIVITE PHYSIQUE ENVERS LES AUTRES		
A DES RITUELS		

	OUI	NON
CLEPTOMANE		
TENDANCE A S'ISOLER		
TENDANCE A FUGUER		

Préciser :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

COMPORTEMENT EN GROUPE	
COMPORTEMENT EN MILIEU INCONNU	
COMPORTEMENT AVEC LES EDUCATEURS	
AUTRES INFORMATIONS	

OBJECTIFS A TRAVAILLER : _____

POINTS SUR LESQUELS IL EST NECESSAIRE D'ETRE VIGILANT : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____

SORTIES & DEPLACEMENTS

	OUI	NON
SORT SEUL		
SORT EN PETIT GROUPE		
S'ADAPTE AUX MILIEUX NOUVEAUX		
SAIT SE REPERER DANS L'ESPACE		
SAIT SE REPERER DANS LE TEMPS		
BESOIN D'UNE SURVEILLANCE PARTICULIERE		
CONSCIENT DU DANGER		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

ACTIVITES

	OUI	AVEC AIDE	NON
BAIGNADE AUTORISEE			
SAIT NAGER			
SAIT FAIRE DU VELO			
VOLONTAIRE POUR LES ACTIVITES			
A BESOIN D'ETRE STIMULE			
PRATIQUE REGULIEREMENT UN SPORT			

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

CAPACITES PHYSIQUES

	OUI	NON
SE FATIGUE VITE		
MARCHE AISEMENT		
MARCHE AVEC UNE AIDE PONCTUELLE D'UN TIERS		
PEUT DESCENDRE ET MONTER LES ESCALIERS		

	OUI	NON
PEUT DORMIR EN LIT SUPERPOSE		
CHAUSSURES SPECIFIQUES		
CANNE		
DEAMBULATEUR		
FAUTEUIL ROULANT		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

ATTESTATION

Je soussigné(e) _____ en qualité de (entourer le terme correspondant) mère / père / tuteur de _____
avoir rempli son dossier, certifie l'exactitude des renseignements y figurant, et m'engage à signaler tout changement dans ces informations avant toute prestation.

Documents à fournir :

COPIE DE LA CARTE D'INVALIDITE

ATTESTATION D'ASSURANCE PERSONNELLE

FORMULAIRE LICENCE SPORT ADAPTE

CERTIFICAT MEDICAL (ci-joint)

ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ADAPTEES
DUREE DE VALIDITE : 1 AN

Je soussigné(e), Docteur : _____

Certifie que M., Mme, Mlle :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Ne présente pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives adaptées.

Restriction ou remarques éventuelles : _____

Fait à _____

Le _____

Signature et cachet du médecin :



FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2020-2021

Ce formulaire doit être rempli, signé, accompagné du certificat médical et/ou du questionnaire santé.

L'ensemble de ces documents doit être conservé par le club.

RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Nom du club FFSA : N° d'affiliation FFSA :

Identité et type de licence

Nom : N° de licence FFSA :
(Dans le cas d'un renouvellement uniquement)
Nom de jeune fille :
Prénom : Nationalité :
Né(e) le : Lieu de naissance :
Adresse : CP : Ville :
E-Mail :
☐ Licence Adulte - compétitive⁽¹⁾⁽³⁾ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
☐ Licence Adulte - non compétitive⁽¹⁾⁽³⁾ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
☐ Licence Jeune - compétitive⁽¹⁾⁽³⁾ 30 € (dont quote-part régionale : 7 €)
☐ Licence Jeune - non compétitive⁽¹⁾⁽³⁾ 30 € (dont quote-part régionale : 7 €)
☐ Licence Dirigeant ou Bénévole 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
☐ Licence Autre pratiquant ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
☐ Licence Officiel, Juge et arbitre ⁽⁴⁾ 0 €
Qualification(s) FFSA obtenue(s) (arbitre, juge, juge-arbitre, marqueur, informatique, officiel, chronomètreur, escorte, médiateur de jeu ...) :
Discipline(s) sportive(s) : Date(s) d'obtention(s) :

(1) La licence FFSA compétitive ou non-compétitive s'adresse exclusivement aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique accueillies dans un établissement ou service spécialisé du milieu sanitaire, médico-social, social ou de l'éducation nationale, dont l'objet est l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental ou psychique (IME, IMPro, ESAT, Foyer occupationnel, FAM, MAS, foyer de vie pour personnes en situation de handicap mental ou de handicap psychique, SAMSAH psychiatrique, SESSAD, Hôpital de jour de psychiatrie et pédopsychiatrie, GEM spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, CLIS, ULIS, ITEP, MECS...). Au besoin, une attestation de l'établissement ou la structure pourra être demandée par les instances fédérales.
(2) La licence Autre pratiquant, s'adressant aux personnes qui ne sont pas en situation de handicap mental et/ou psychique et nécessite un certificat médical.
(3) Certificat médical obligatoire.
(4) Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et ski (hors Officiels de table de marque).

Médical

Date du certificat médical : / / 20.....

☐ Avec contre-indication ☐ Sans contre-indication

Pratique en compétition ☐ OUI ☐ NON

Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :

☐ OUI ☐ NON

Droit à l'image

Assurance

Attention : L'assurance Responsabilité civile couvrant les activités physiques et sportives est **obligatoire** mais non imposée par la FFSA. La garantie accidents corporels est **facultative** mais vivement recommandée.

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante :

(Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

☐ Avec	☐ B1	☐ B2	☐ B3	☐ Autre
RC fédérale et assistance MAIF	(RC comprise)	(RC comprise)	(RC comprise)	(Sans RC)
0,95 €	2,00 €	5,00 €	11,00 €	(1)

⁽¹⁾ Je ne souhaite pas souscrire à la RC fédérale, j'atteste sur l'honneur avoir souscrit une assurance RC couvrant les activités physiques et sportives pratiquées dans le cadre de la FFSA.

Je soussigné(e) président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Date :

Signature du (de la) président(e)
et cachet du club

Je souhaite adhérer à la FFSA et pratiquer des activités sportives adaptées correspondant à mes choix. Je déclare également avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 4 pages et j'en accepte ses conditions.

Date :

Signature du sportif

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 4 pages et j'en accepte ses conditions.

Date :

Signature de son représentant légal



Notice individuelle dommages corporels à l'attention des licenciés de la FFSA

Saison sportive 2020 - 2021

La Fédération Française du Sport Adapté attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.

Cette notice vous est remise par l'association sportive dont vous êtes adhérent afin de vous informer des garanties d'assurance de personnes souscrites par La Fédération Française du Sport Adapté, ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre.

SYNTHESE DES GARANTIES ASSURANCES DE PERSONNES DU CONTRAT FEDERAL N° 4229349R

LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS

Evènement	Option B1 (garantie de base)	Option B2	Option B3
Décès accidentel	20 000 €	20 000 €	50 000 €
Incapacité permanente totale (réduction partiellement selon le taux d'invalidité), sous déduction d'une franchise relative IPP ≤ 5% ¹	50 000 € Portée à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 %	50 000 € Portée à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 %	100 000 € Portée à 153 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 %
	Un taux d'invalidité permanente supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100% du capital		
Indemnités journalières franchise 7 jours Indemnisation maximum 365 jours	Non garanties	35 € / jour	35 € / jour
Frais médicaux	5 000 € dont 500 € pour le bris de lunettes et 300 € par dent pour les frais de réparation ou remplacement de prothèse existante		
Forfait hospitalier	A concurrence des frais réels avec un maximum de 3 000 €		
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	3 000 €		

1 Au titre de la garantie Invalidité Permanente, nous ne prenons en charge que les sinistres supérieurs ou égaux à 5% d'invalidité.

LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS SPORTIF DE HAUT NIVEAU

	Plafond de Garantie	Franchise
Capital Décès	100 000 €	Néant
Capital invalidité	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré par le capital défini ci-dessous à l'exception d'un taux d'invalidité > 66 % qui donnera lieu au versement de 100 % du capital	Relative IPP ≤ 5%
	IPP < 50 %	
	IPP > 50 %	
Frais de soins de santé (médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation)	10 000 € par accident Dont bris de lunettes : 500 € Dont prothèse dentaire ou remplacement de prothèse existante : 500 € Dont prothèse auditive : 1500 € par appareil	Néant
Indemnités journalières	35 € par jour (max 365 jours)	Franchise de 7 jours
Forfait journalier hospitalier	A concurrence des frais réels avec un maximum de 30 000 €	Néant
Centre de rééducation traumatologique sportive	10 000 € par accident	Néant
Sinistre collectif	5 000 000 € quel que soit le nombre de victimes	Néant