BULLETIN D'ADHESION

NOUVEL ENVOL HAUTES-ALPES - Saison 2023 – 2024

Nom :_____ Prénom :_____

Né(e) le :_____ à :_____

Adresse domicile :_____

Code postal :_____ Ville :_____

Tél fixe :_____ Tél portable :_____

Numéro à contacter en cas d'urgence :_____

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

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 _____ à être transporté(e) dans le(s) véhicule(s) de Nouvel Envol 05 pour des activités.

➡ 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		
Préciser :		

	OUI	NON
CLEPTOMANE		
TENDANCE A S'ISOLER		
TENDANCE A FUGUER		

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

CERTIFICAT MEDICAL (ci-joint)

ATTESTATION D'ASSURANCE PERSONNELLE

ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE

FORMULAIRE LICENCE SPORT ADAPTE

UNE PHOTO DU VACANCIER
(où l'on voit bien son visage)

CERTIFICAT MÉDICAL ANNUEL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT OU DE LA DISCIPLINE CONCERNÉE EN SPORT ADAPTÉ
SAISON SPORTIVE 2023/2024
Valable 1 an à compter de la date de signature

N° de licence FFSA : _____ Nom du club FFSA : _____

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie, après avoir examiné Mme, M. _____

Né(e) le _____

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique du sport en en sport adapté « hors compétition » que le licencié aura choisie (participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous, pratique en sport santé). **et note ci-dessous les restrictions éventuelles en terme de disciplines**

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable ce jour, ne contre indique la pratique des activités physiques et sportives adaptées « en compétition », dans les disciplines suivantes (citer chacune des disciplines autorisées en compétition), que le licencié aura choisie :

- _____
- _____
- _____
- _____

Restrictions ou remarques éventuelles : _____
_____
_____

NB : pour les disciplines concernées par l'article A 231- du code du sport, modifiés par l'arrêté du 9 juillet 2018, se référer à ce texte (alpinisme, boxe anglaise, plongée subaquatique, rugby, spéléologie, etc.).

Protection des données : Informations préalables

Les informations recueillies dans le présent certificat ont pour finalité l'obtention d'une licence d'une fédération sportive (article L. 231-2 du Code du sport). Ces informations sont enregistrées par l'association à des fins de saisie de la licence.

Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et la date du certificat médical est mentionné dans le fichier informatisé tenu par la Fédération Française du Sport Adapté. Cette durée peut être prorogée dans le cas d'un renouvellement de licence (cf. page 2 du présent document). Le dossier du sportif comprenant ce certificat médical est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non renouvellement de sa licence par l'association concernée.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et d'un droit de rectification ou d'un droit de suppression des données vous concernant. Afin d'exercer ces droits, vous pouvez contacter l'association qui a saisi votre licence.

Fait à_____ le _____

Signature et cachet du médecin

Version du 30/06/2023

Ce certificat médical est à fournir pour la 1ère délivrance de licence compétitive dans la discipline concernée puis :

- ✓ Pour les personnes de plus de 18 ans tous les 3 ans (sauf réponse positive à l'une des questions du questionnaire de santé QS-SPORT)
- ✓ Pour les mineurs lorsqu'il est répondu positivement au Questionnaire santé mis en place par décret n°2021-564 du 7 mai 2021 venant modifier le Code du Sport
- ✓ Tous les ans pour les majeurs et les mineurs pour les disciplines à contrainte particulière dont la pratique du rugby, de l'alpinisme, le karting etc..
- ✓ Tous les ans pour les personnes majeures et mineurs et rempli par un médecin agréé par la Fédération Français d'Etudes et de Sports Sous-Marins – FFESSM (plongée...), le snorkling (nage avec palme, masque et tuba) et les baptêmes de plongée.

Lors de toutes les compétitions et rencontres organisées par la FFSA, les sportifs ou leur représentant légaux présents doivent se munir de l'ordonnance du traitement médicamenteux en cours.

De plus, il est vivement conseillé de se munir également de la carte vitale et éventuellement de la carte d'affiliation à une mutuelle complémentaire.

Lors de toutes les compétitions et rencontres organisées par la F.F.S.A

Les responsables des associations sportives doivent se munir de la licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition. (instruction n°00-066JS du 7 avril 2000 & Code du sport).

Les sportifs dont le certificat médical mentionne certaines contre-indications à la pratique sportive doivent présenter, avec la licence sportive, ce certificat médical lors de toutes les compétitions et rencontres organisées par la F.F.S.A., que ce soit au niveau départemental, régional ou national.

Les sportifs doivent se munir de la dernière ordonnance voire des renseignements médicaux, sous pli cacheté que tout médecin intervenant en urgence devrait connaitre (secret médical). (Ces documents sont nécessaires au médecin en cas d'intervention médicale urgente).

En cas d'accident, la responsabilité des dirigeants d'association peut être engagée, s'ils n'ont pas fourni ces deux documents. (Loi du 23 mars 1999 – J.O. du 24 mars 1999)

Références : Loi n°2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs. Code du Sport : Chapitre II – Lutte contre le dopage – Articles L. 232-1 / 31

Ci-dessous les disciplines ayant reçues délégation du ministère pour une organisation en compétition nationale à la FFSA :

Para Athlétisme adapté *(courses, sauts, lancers)*	Para Ski Nordique adapté *(Fond, biathlon (Classique et skate))*	Para Handball adapté
Para Natation Adapté *(Toutes Spécialités)*	Para Judo adapté	Para Lutte adapté *(Lutte libre)*
Para Tennis de Table adapté *(Simple, Double et par équipe)*	Para Aviron adapté *(Indoor et Outdoor)*	Para Pétanque adapté *(Tête à tête, doublette triplette)*
Para Basket-Ball adapté *(5x5 et 3x3)*	Para Equitation adapté *(Dressage CSO Cross)*	Para Rugby adapté *(3x3 5x5 Rugby à VII)*
Para Football adapté *(Football à 11 et Futsal (masculin))*	Para Escalade adapté *(Difficulté Bloc et Vitesse)*	Para Tennis adapté *(Simple et double)*
Para Cyclisme adapté *(Route et piste)*	Para Badminton adapté *(Simple et double)*	Para Tir à l'arc adapté *(Arc nu classique A poulie)*
Para Ski alpin adapté *(Slalom, Géant et Super géant)*	Para Canoe kayak adapté *(Kayak course en ligne et slalom)*	Para Triathlon adapté *(Duathlon Triathlon)*

FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2023/2024

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

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

(Dans le cas d'un renouvellement uniquement)

Nom : _____ **N° de licence FFSA :** _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Nationalité : _____

Né(e) le : ____/____/_____ Département : _____ Commune de naissance : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

E-Mail du licencié : _____ Téléphone : _____

- ☐ Licence Adulte - compétitive [1] _____ **40 €** (dont quote-part régionale : 12 €)
- ☐ Licence Adulte - non compétitive [1] _____ **40 €** (dont quote-part régionale : 12 €)
- ☐ Licence Jeune - compétitive [1] _____ **30 €** (dont quote-part régionale : 7 €)
- ☐ Licence Jeune - non compétitive [1] _____ **30 €** (dont quote-part régionale : 7 €)
- ☐ Licence Dirigeant/bénévole/Educateur sportif bénévole ou professionnel [3] _____ **40 €** (dont quote-part régionale : 12 €)
- ☐ Licence Autre pratiquant [1] _____ **40 €** (dont quote-part régionale : 12 €)
- ☐ Licence Officiel, Juge et arbitre [2] [3] _____ **0 €**

Qualification(s) FFSA obtenue(s) *(arbitre, juge, juge-arbitre, marqueur, informatique, officiel, chronométreur, escorte, médiateur de jeu ...)* : _____

Discipline(s) sportive(s) : _____ Date(s) d'obtention(s) : /_____/_____/_____/

(1) Certificat médical obligatoire.
(2) Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et ski (hors officiels de table de marque).
(3) **Information des licenciés** : *« La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif, de dirigeant, d'officiel, d'encadrant salarié ou bénévole, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du Code du Sport. À ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'État 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 ».*

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.

Droit à l'image

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

☐ OUI ☐ NON

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.**

Rappel : La R.C ne couvre que les accidents causés aux tiers.

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante : (Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

☐ Avec RC fédérale et assistance MAIF	☐ B1 (RC comprise)	☐ B2 (RC comprise)	☐ B3 (RC comprise)	☐ Autre (Sans RC)
0,85€	1,85€	4,50€	9,05€	* (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 5 pages et j'en accepte ses conditions. Date : _____ Signature du licencié	Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 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 2023-2024

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.

SYNTHÈSE DES GARANTIES ASSURANCES DE PERSONNES DU CONTRAT FÉDÉRAL N° 422 934 9R

LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS

ÉVÈNEMENTS	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	À 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%	300 000€	
IPP > 50%	600 000€	
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	À concurrence des frais réels avec un maximum de 30 000 €	Néant
Centre de rééducation Traumatologie sportive	10 000 € par accident	Néant
Sinistre collectif	5 000 000 € quel que soit le nombre de victimes	Néant

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- Les dommages résultant de la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ou de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel.
- Les conséquences pouvant résulter de soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti.
- Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.

Sont notamment réputées relever d'une maladie, les lésions internes suivantes :

– les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses,
– les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,
– les affections virales, microbiennes et parasitaires.

Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion des activités sportives, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.

OBLIGATION DE L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE

Afin de nous permettre d'instruire votre dossier, nous vous demandons de :

- Nous déclarer le sinistre dans les **5 jours** à partir du moment où vous en avez eu connaissance.
- Nous indiquer dans votre déclaration :
  - La date, le lieu, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre,
  - La nature et le montant approximatif des dommages,
  - Les références des autres contrats susceptibles d'intervenir,
  - Les coordonnées de l'auteur responsable s'il y a lieu et, si possible, des témoins en indiquant si un PV ou un constat a été établi.
- Nous faire parvenir dans **les 8 jours** à compter du sinistre, un certificat médical indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

CONTACTS

Pour adresser vos déclarations de sinistre	En cas d'assistance rapatriement
À la FFSA – Service licences **3 rue Cépré, 75015 PARIS** **01 42 73 90 05** **licence@sportadapte.fr**	**MAIF ASSISTANCE 7j/7 24h/24** **Au 0800 875 875 si vous êtes en France** **Au +33 5 49 77 47 78, si vous êtes à l'étranger** **Préparez votre appel en précisant le numéro de contrat de la FFSA 4229349R, l'adresse et le numéro de téléphone où MAIF Assistance peut vous joindre.** **Précisez l'objet de votre appel : nom, prénom et date de naissance des personnes concernées, le cas échéant nature des blessures ou de la maladie, adresse et numéro de téléphone de l'établissement hospitalier et du médecin traitant.** **Attention, aucune prestation d'assistance n'est prise en charge sans l'accord préalable de MAIF Assistance.**
Pour tous renseignements concernant le contrat Fédéral N°4229349R	
Centre de gestion spécialisée **Associations & Collectivités de Nancy** **Groupe MAIF - Gestion spécialisée - 79018 Niort cedex 9** **gestionspecialisee@maif.fr** **Téléphone : 03 83 39 76 26**	

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES COLLECTÉES DANS LE CADRE DU FORMULAIRE LICENCE DE LA FFSA

Les informations recueillies sur le formulaire licence à savoir, l'identité de la personne désireuse d'obtenir une licence (nom, prénom, nationalité, date de naissance, adresse postale, adresse de messagerie électronique) ; sont enregistrées d'une part, par l'association à des fins de saisie de la licence et d'autre part, par la **Fédération Française du Sport Adapté (FFSA)** dans un fichier informatisé et, de ce fait, permettant la pratique d'une activité physique et sportive en compétition ou non, proposée au sein de la FFSA.

Les bases juridiques des informations recueillies sont les suivantes :

Nature des données	Base juridique
Identité de la personne	Article L. 131-3 du Code du sport et article 10 du règlement intérieur de la FFSA
Certificat médical avec absence ou non de contre-indication et questionnaire santé	Article L. 231-2 et suivants du Code du sport
Droit à l'exploitation de l'image du sportif	Article 20 du règlement intérieur de la FFSA
Assurance	Article L.321-1 et suivants du Code du sport

Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et dans le fichier informatisé. Cette durée peut être prorogée dans le cas d'un renouvellement de licence. Le dossier du sportif est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non-renouvellement de sa licence.

Ces informations sont destinées au service licence de la FFSA établi au sein du siège de la FFSA dont l'adresse est la suivante : 3, rue Cépré – 75015 Paris.

Conformément à la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés en date du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou les faire supprimer en contactant d'une part, l'association qui a saisi votre licence sur l'espace dédié à cet effet et d'autre part, le service licence de la FFSA : licence@sportadapte.fr.

Les coordonnées du Délégué à la Protection des Données au sein de la FFSA sont les suivantes :

Richard MAGNETTE
FFSA
3 rue Cépré
75015 PARIS
rgpd@sportadapte.fr