

# BULLETIN D'ADHESION

## NOUVEL ENVOL HAUTES-ALPES - Saison 2024 – 2025

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 : \_\_\_\_\_ 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 le contrôle des locaux occupés par ma/mon protégé par des agents habilités et assermentés du ministère des solidarités et de la santé  oui  non

➔ 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

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- format numérique possible – pour personnaliser les piluliers)

**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 2024/2025

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 COTE D'AZUR

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

Identité et type de licence

En cas de renouvellement de la licence

Nom : \_\_\_\_\_ N° de licence FFSA : \_\_\_\_\_  
 Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Sexe : masculin  féminin   
 Prénom : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Commune de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 E-Mail du licencié : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Licence Adulte - compétitive <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ 40 € (dont quote-part régionale : 12€)  
 Licence Adulte - non compétitive <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ 40 € (dont quote-part régionale : 12€)  
 Licence Jeune - compétitive <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ 30 € (dont quote-part régionale : 7€)  
 Licence Jeune - non compétitive <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ 30 € (dont quote-part régionale : 7€)  
 Licence Dirigeant/bénévole/Educateur sportif bénévole ou professionnel <sup>(3)</sup> \_\_\_\_\_ 40 € (dont quote-part régionale : 12€)  
 Licence Autre pratiquant <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ 40 € (dont quote-part régionale : 12€)  
 Licence Officiel, Juge et arbitre <sup>(2) (3)</sup> \_\_\_\_\_ 0 €

Qualification(s) FFSA obtenue(s) : \_\_\_\_\_ Date d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Discipline(s) sportive(s) : \_\_\_\_\_

(1) Certificat médical obligatoire (adulte) ou questionnaire de santé (mineur et renouvellement adulte)

(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 », voir page 2 de ce formulaire.

Date du certificat médical ou Questionnaire de santé :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 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

Assurance

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

**Rappel : l'assurance Responsabilité Civile (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)

<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> Autre
RC fédérale et assistance MAIF	(RC comprise)	(RC comprise)	(RC comprise)	(Sans RC)
0,85€	1,85€	4,50€	9,05€	* (1)

<sup>(1)</sup> Je ne souhaite pas souscrire à la RC fédérale, j'atteste sur l'honneur avoir souscrit une autre 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 2024/2025



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
<p><b>À la FFSA – Service licences</b> <b>3 rue Cépré, 75015 PARIS</b> <b>01 42 73 90 05</b> <a href="mailto:licence@sportadapte.fr">licence@sportadapte.fr</a></p>	<p><b>MAIF ASSISTANCE 7j/7 24h/24</b> <b>Au 0800 875 875 si vous êtes en France</b> <b>Au +33 5 49 77 47 78, si vous êtes à l'étranger</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Attention, aucune prestation d'assistance n'est prise en charge sans l'accord préalable de MAIF Assistance.</p>
<p><b>Pour tous renseignements concernant le contrat Fédéral N°4229349R</b></p> <p><b>Centre de gestion spécialisée</b> <b>Associations &amp; Collectivités de Nancy</b> <b>Groupe MAIF - Gestion spécialisée - 79018 Niort cedex 9</b> <a href="mailto:gestionspecialisee@maif.fr">gestionspecialisee@maif.fr</a> <b>Téléphone : 03 83 39 76 26</b></p>	