Saison : 2022/2023
Volley-Ball
http://www.volleyrouen.fr
volleyrouen@gmail.com

Dossier d'inscription

(Section Loisir)

Informations :

Prénom : _____ **Nom** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Documents à fournir :

- Certificat médical pour la pratique du volley (ou QS-SPORT si certificat au club de moins de 5 ans)
- Signature des fiches *assurance* et *Pratique du Volley-Ball en toute sécurité*
- Bulletin d'adhésion individuel ASPTT complété et signé
- Cotisation (chèque à l'ordre de ASPTT Volley Rouen, coupon sport, chèque vacances)

Tarif : **100* €**

Vous et votre entreprise :

Avez-vous besoin d'une facture pour bénéficier de l'aide de votre C.E. ? ☐ Oui ☐ Non

Pensez-vous que votre entreprise est susceptible de passer un partenariat (ou mécénat) avec votre club de volley ? Si oui, pouvons-nous vous contacter pour en parler ? ☐ Oui ☐ Non

---

* Si tu as entre 15 et 25 ans et que tu vis ou étudies en Normandie, la région peut prendre en charge 30 € (au maximum) de ta licence sportive : Renseignement sur https://atouts.normandie.fr/ - Déduire de la cotisation le montant de l'aide et fournir le QR code et le code à 4 chiffres lors de l'inscription.

Pratique du Volley-Ball en toute sécurité

- La pratique du volley-ball nécessite un équipement adapté (tenue et chaussures de sport pour la salle). Il est conseillé d'ôter ou de protéger tout élément non adéquat type montre, bijoux (bagues, colliers, bracelets, boucles d'oreilles et piercing), chewing-gum.... En tout état de cause, ces éléments seront de la responsabilité du joueur qui les porte et il ne pourra tenir le club responsable dans le cas contraire.

- Le joueur doit également venir dans un état approprié à l'activité sportive (absence de prise d'alcool ou de drogue).

- Le joueur doit également être en bonne condition physique. En plus du certificat médical obligatoire (ou questionnaire sportif), le joueur est responsable de son intégrité physique. Il ne doit donc pas s'engager à jouer en cas de blessure existante ou latente. Le club décline toute responsabilité en cas de non-respect de ces consignes.

Je soussigné _____ a pris connaissance des règles en matière de pratique du volley-ball et renonce à engager des poursuites contre le représentant d'espace et le club en cas d'accident dû au non-respect de ces règles

Fait le : ____ / ____ / _____ à : _____

Signature

ASPTT ROUEN
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

BULLETIN D'ADHÉSION *2022-2023*
VOLLEY-BALL ADULTES

ASPTT
FEDERATION OMNISPORTS
cultivons vos envies

☐ **Création** ☐ **Renouvellement**

☐ Licence FSASPTT Premium ☑ Access ☐

TYPE de pratique :
☐ Compétition ☑ Loisir

Autre discipline pratiquée à l'ASPTT :

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR
☐ Mr ☐ Mme
Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____/_____/_____ à _____
Nationalité : _____

Adresse : _____
(suite) : _____
Code postal : _____ Ville : _____

Tel domicile : _____
Mobile 1 : _____

Email 1 :_____

Profession :
☐ La Poste n° Identifiant RH :_____
☐ autre : _____

Labels FSASPTT
☐ J'MACTIV Santé by ASPTT ☐ SOLIDARITÉ international by ASPTT ☐ SOLIDARITÉ quartiers prioritaires by ASPTT ☐ SOLIDARITÉ autisme by ASPTT

ETAT SPORTIF DU DEMANDEUR

Licence fédérale : ☐ oui ☑ non Numéro : _____
Compétition : ☐ oui ☑ non

Questionnaire de santé ☐ ou Certificat médical ☐ Date : ____/_____/_____

PAIEMENT DE COTISATION

AIDES POUR 2022/2023
☐ Pass Sport (Etat) ☐ Pass Jeunes 76 ☐ Atout Normandie
☐ Contrat Loisir Jeunes ☐ bons Temps Libre CAF

☐ **Facture, svp**

INFORMATIQUE ET LIBERTES :
« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'une traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

CESSION DU DROIT A L'IMAGE
☐ Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.
☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..
A _____ le _____/_____/_____
Signature obligatoire
du demandeur ou du représentant légal

ASPTT ROUEN
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

ASPTT
FEDERATION
OMNISPORTS
cultivons vos envies

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (si certificat médical de moins de 4 ans)

☐ J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou de la natation – aquagym -

Fait le ____/_____/_____ à _____

ASSURANCE : (1)

L'établissement de la licence PREMIUM permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT. L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. Le montant de l'assurance compris dans le prix de la licence loisir est de 1,84 €. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- de la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

REFUS D'ASSURANCE : (2)

En cas de refus de souscription de l'assurance «Dommages corporels », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause. Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance Dommages Corporels, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la case ci-dessous.

☐ je ne souhaite pas souscrire d'assurance Dommages Corporels

Signature

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.

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 ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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.