

CYCLOTOURISME VTT 2023/2024

Sorties cyclotourisme journalières avec un groupe très convivial, organisées par messagerie en semaine :

Le Responsable envoie un message chaque matin pour connaître les volontaires et ensuite à midi, il envoie une convocation sur un lieu donné selon les réponses pour un départ aux environs de 13h30 ou 13h45 selon conditions météo.

Parcours de 50 à 70 km l'hiver et de 70 à 100km l'été à allure de 23 à 25km/h environ.

Sorties journalières et exceptionnelles organisées selon la météo et les demandes. Sorties à la journée de 110 à 150 km.

Sorties de groupes à la semaine programmées par avance. Nous disposons d'une remorque bâchée et la possibilité de disposer d'un minibus pour nos grands périple.

Possibilité de commander toute la panoplie des vêtements Cyclos à prix sympa de notre Fédération ASPTT.

Sorties VTT hebdomadaires. En fonction de la météo, organisation par messagerie.

Cotisation 2023/2024 : 70 € (valable jusqu'au 31.07.24)

Document obligatoire pour l'inscription :
Bulletin d'adhésion complété et signé,
Le certificat médical datant de moins de 3 mois

Renseignements et questions auprès du Responsable :

Jean-Pierre CHAPPELLIER : 06 74 78 52 32

Je soussigné, Docteur.....

Certifie avoir examiné ce jour,

Nom - Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Sexe : Masculin Féminin

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique sportive :

Avis du médecin

- De Compétition
- D'Entrainement
- Pour tous les Sports
- Uniquement pour l'(es) activité suivante(s)
.....
- Avec simple surclassement, pratique dans l'année d'âge
Immédiatement supérieur

Nécessite une consultation spécialisée en médecine du sport :

- OUI Pour un bilan complémentaire
- NON Pour des conseils et un suivi spécialisés

Tampon du médecin
OBLIGATOIRE

Date de l'examen :

Signature

NB :

1. Le certificat est obligatoire pour la délivrance de la licence.
2. Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat
 - Remplir toutes les cases concernées
 - les cases laissées en blanc seront considérées comme négatives, mais il est préférable de les barrer d'un trait unique
3. Le responsable de Club (ou départemental) doit conserver ce certificat un an (une saison sportive)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CLUB

IDENTITÉ

Nom* : _____ Prénom* : _____
 Sexe* : Homme Femme Date de naissance* : ____ / ____ / ____
 Adresse du domicile* : _____
 Code Postal* : _____ Ville* : _____
 E-mail* : _____
 Téléphone fixe : _____ Téléphone mobile : _____
 Profession : _____ Fonction publique : Oui Non
 La Poste / Identifiant RH : _____
 Bénévole
 Licence Délégataire / Numéro : _____
 Compétition
 Certificat médical du : ____ / ____ / ____
 Ou, si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans :
 Renouvellement questionnaire de santé Cerfa n°15699*01 (Réponse NON à toutes les questions)
 Ou, pour les mineurs :
 Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence

CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

(À remplir obligatoirement si les fonctions ci dessous sont exercées)

J'atteste exercer la ou les fonctions de :
 Encadrant Dirigeant Arbitre Maître-nageur
 La licence que je sollicite 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. 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
 Je renonce à mes fonctions
 Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :
 Nom et Prénom de naissance* (si différent de l'usage) _____
 Lieu de naissance*(1) :
 Né en France : Département _____ Commune : _____
 Né à l'étranger : Pays _____ Ville : _____
 Si né à l'étranger :
 Nom de la mère _____ Prénom de la mère _____
 Nom du père _____ Prénom du père _____

ACTIVITÉS ET MONTANTS FINANCIERS

CYCLO-TOURISME-VTT

Type d'adhésion : Création Renouvellement
 Licence FSASPTT :
 Licence ASPTT PREMIUM 23 €
 Licence FSASPTT ACCESS 8 €
 Licence FSASPTT EVENT 2 €

Licence FSASPTT :
 Droits d'adhésion club :
 Montant section :
 Montant licence délégataire :
 Montant autre :
Montant total :
 Mode de paiement :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme _____ représentant légal de _____
certifie lui donner l'autorisation de :

- + Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités
- + Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'urgence est : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisées 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 (cession de droit à l'image).
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de mon club ASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT.
- Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

ASSURANCES

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou FSASPTT EVENT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT.

Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives 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 » ou « Assistance aux personnes ».

Le montant de ces assurances compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM est de 1,60 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,23 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Il est respectivement de 0,35 € et 0,10 € dans la licence FSASPTT EVENT. Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

REFUS D'ASSURANCE "DOMMAGES CORPORELS" ET/OU "ASSISTANCE"

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », 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.

Je soussigné(e), _____ reconnais avoir pris connaissance :

- + Du document d'information sur le produit 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)

Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, 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 ou les cases ci-dessous :

- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »
- Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération

À _____
le : ____ / ____ / ____

Signature obligatoire du demandeur ou de son représentant :

ASPTT
FEDERATION
OMNISPORTS
cultivons vos envies

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

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.

**NB : CE DOCUMENT N'EST PAS A RENDRE.
JUSTE ATTESTER EN AVOIR PRIT CONNAISSANCE.**

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEURS

Préalable à la demande de licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Sportive des ASPTT.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

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 | |
| DEPUIS L'ANNEE DERNIERE | OUI | NON |
| 1) Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) As-tu été opéré(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) 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"/> |
| 7) As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES) | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 12) Te sens-tu très fatigué(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13) As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14) Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15) Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 16) Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17) 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"/> | |
| AUJOURD'HUI | | | |
| 18) Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19) Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 20) Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| QUESTIONS A FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS | | | |
| 21) 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"/> | |
| 22) Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 23) 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"/> | |

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié

SI TU AS REPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attester, en cochant la case « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence » sur ta demande de licence (en ligne ou papier).

SI TU AS RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, 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.