

# FITNESS

## 2023/2024

Tarif Du 2 Avril 2024 au 30 juin 2024	CRÉATION	MOIS D'ESSAI
Cours de fitness illimités (16 cours)	90,00 €	
<b>Coût de revient mensuel</b>	<b>30.00 €</b>	
Possibilité de faire un mois d'essai (somme déduite du montant de la cotisation si prise de licence)		33,00 €
Caution badge entrée (obligatoire pour une 1ère adhésion) *	10,00 €	10,00 €
<b>Total fitness + badge</b>	<b>100,00 €</b>	<b>43,00 €</b>
Option accès musculation jusqu'au 30/06/24 (3 mois)	25,00 €	
<b>Coût de revient mensuel</b>	<b>38.33 €</b>	
<b>Total fitness + musculation + badge</b>	<b>125,00 €</b>	

\* la caution de 10 € est encaissée lors de votre inscription et remboursée lors de la restitution de celui-ci. Si vous êtes déjà en possession d'un badge merci de ne pas prendre en compte le coût de la caution lors de votre paiement. En cas de perte ou de dégradation de votre badge merci de vous rapprocher du secrétariat général pour vous en procurer un nouveau ; dans ce cas il vous faudra de nouveau payer cette caution.

### Document obligatoire pour l'inscription :

- ▶ Bulletin d'adhésion complété et signé,
- ▶ Prendre connaissance du questionnaire de santé (mineurs ou majeurs), attester avoir répondu NON aux questions ou SI un OUI fournir un Certificat Médical,
- ▶ Le paiement de votre cotisation.

Votre badge d'accès vous sera remis après vérification et validation de votre dossier.

## Les dossiers d'inscriptions incomplets ne seront pas pris en compte.

### Modalités de paiement :

Pour le règlement 3 possibilités :

- ▶ En espèces,
- ▶ Par chèque, possibilité de paiement en 2 fois : les 2 chèques doivent être datés et signés du même jour, le second sera encaissé 1 mois après le premier versement.
- ▶ Coupons sports, chèques vacances et/ou bon MSA.

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » (Cerfa 15699-01) Préalable à la demande de renouvellement 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**

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
<b>À CE JOUR :</b>		
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.) survenue 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"/>

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

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 18/19 :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, en cochant la case « Renouvellement questionnaire de santé » sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu non à toutes les questions lors de la demande de licence.

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

# BULLETIN D'ADHÉSION

2023-2024

## 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 Délégateur / Numéro : \_\_\_\_\_  
 Compétition  
 J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé (Cerfa n°15699\*01)  
Ou, pour les mineurs :  
 J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions relatives à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence (annexe II-23 du code du sport)

## 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\*<sup>(1)</sup> :

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

### FITNESS

Type d'adhésion :  Création  Renouvellement

Licence FSASPTT :

Licence ASPTT PREMIUM 23 €

Licence FSASPTT ACCESS 8 €

Licence FSASPTT EVENT 3 €

Licence FSASPTT :

Droits d'adhésion club :

Montant section :

Montant licence délégateur :

Montant autre :

**Montant total :**

Mode de paiement :

ASPTT

FÉDÉRATION  
OMNISPORTS  
cultivons vos envies

## 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](mailto: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](http://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



[asptt.com](http://asptt.com)