

**Samedi:** ☐  
**Stage février:** ☐  
**Séjour Pâques:** ☐  
**Alpin:** ☐  
**Snowboard:** ☐

**Renouvellement :** ☐ **Création :** ☐

**Niveau Acquis SKI ou Surf :**

**Infos adhérents**

Mlle Mme M.

**Nom :**

**Prénom :**

☐ ☐ ☐

**Date de naissance :**

**Adresse domicile :**

**Code postal :**

**Ville:**

**Domicile :**

**bureau :**

**portable**

**Email**

**Autorisation parentale pour les - 18 ans**

Je soussigné,

☐ ☐ ☐  
Père Mère Tuteur légal

**Autorise**, mon enfant, désigné au dos, à adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités mentionnées sur ce bulletin (y compris les activités proposées par cette association) et à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisir au cours de la saison ; les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

**Je déclare**, en outre, avoir eu connaissance de l'article 38 de la loi du 16 juillet 1984 relative à l'organisation des activités sportives et faisant obligation aux associations sportives d'informer leurs adhérents de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel. Information au secrétariat.

**Je reconnais** avoir pris connaissances des Statuts et du Règlement Intérieur de l'ASPTT COLMAR (consultable au secrétariat ou au club house)

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

**Signature obligatoire** A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
du demandeur ou du représentant légal

**Partie réservée au secrétariat Détail règlement**

| TOTAL Cotisation<br>SAISON ASPTT     | LOCATION MATERIEL                                | STAGE<br>Selon adhésion saison                         | Autre                                                                                                                                                                       | TOTAL |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 125 €                                | 80 €                                             | 380 € - nouveaux adhérents<br>300 € - adhérents saison |                                                                                                                                                                             |       |
| Licence FS ASPTT N° :<br>Saisie le : | Certificat médical :<br>OUI                  NON |                                                        | Règlement par :<br><input type="checkbox"/> CCP<br><input type="checkbox"/> Chèque bancaire<br><input type="checkbox"/> Chèques vacances<br><input type="checkbox"/> Espèce |       |
| Licence SKI FFS N° :<br>Saisie le :  |                                                  |                                                        |                                                                                                                                                                             |       |

## 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                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| 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>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| 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"/> |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 LORS DE L'UNE DES DEUX DERNIÈRES SAISONS ET QUE VOUS AVEZ CONSERVÉ VOTRE QUALITÉ DE LICENCIÉ DEPUIS : 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.

### 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 publiées et diffusées 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 la FSASPTT.
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.