



2017

2018

F

ossier de licence



Fédération
Sportive
et Culturelle
de France

Révéler la passion qui vous anime.

CRÉATION DE LICENCE 2017/2018

ASSOCIATION

COMITÉ DÉPARTEMENTAL

INFORMATION DU LICENCIÉ

Nom Prénom Sexe Mas. Féminin
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Nationalité
Adresse
Code postal Ville
Tél E-mail

JE SOLLICITE LA CRÉATION LE RENOUELEMENT de ma licence pour l'association désignée ci-dessus.

ACTIVITÉS PRATIQUÉES DANS L'ASSOCIATION

Êtes-vous uniquement dirigeant dans toutes ces activités ? OUI NON

Si oui, quelle fonction Projetez-vous de participer à des compétitions, regroupements ou manifestations départementales, régionales ou nationales ? OUI NON

CADRE RÉSERVÉ À L'ASSOCIATION

Type de licence : AC AD AM BM BL CA CD CE

ASSURANCE – COMPLÉMENTAIRE FSCF

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance de la notice d'information imprimée en page 5 de ce formulaire (l'intégralité est téléchargeable sur www.fscf.asso.fr/assurances).

Je déclare adhérer à l'option : Mini (1,90€) Midi (3,75€)* Maxi (5,50€)*

Je refuse d'adhérer au contrat mais j'atteste avoir été informé(e) et incité par mon association à souscrire cette assurance complémentaire qui vient compléter mon régime obligatoire.

CERTIFICAT MÉDICAL

PREMIÈRE LICENCE

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive du / /

RENOUELEMENT

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive du / /

OU Je déclare avoir transmis à l'association l'attestation de santé du / / confirmant que j'ai répondu négativement à toutes les questions du questionnaire de santé-sport.

DROIT À L'IMAGE

En souscrivant une licence, je reconnais que la FSCF, ses organismes déconcentrés et ses associations peuvent être amenés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion et du développement des activités de la fédération, à l'occasion de manifestations ou rencontres, à des fins non commerciales.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A
Le

Signature du licencié (ou du représentant légal)

Tampon de l'association (ou signature du président)

* (Les deux dernières options ouvrant droit à des indemnités journalières en cas de perte de salaire) - Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux associations, comités départementaux, comités régionaux, FSCF et, sauf opposition, à nos partenaires. Conformément à la « Loi informatique et liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ses droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FSCF par mail à « juridique@fscf.asso.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FSCF - service juridique et financier, 22 rue Oberkampf, 75011 PARIS.

CERTIFICAT MÉDICAL 2017/2018

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e) _____ Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour _____

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ / _____ / _____ Sexe Mas. Féminin

CERTIFIE APRÈS EXAMEN QUE SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :

En compétition et en loisir* :

_____	_____
_____	_____

En loisir uniquement* :

_____	_____
_____	_____

Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes* :

_____	_____
_____	_____

(*À COMPLÉTER OU COCHER SELON LES CAS)

A _____
Le _____

Signature et Cachet



Fédération
**Sportive
et Culturelle**
de France

Fédération Sportive et Culturelle de France
22 rue Oberkampf ■ 75011 Paris
T +33(0) 1 43 38 50 57 ■ F +33(0) 1 43 14 06 65
fscf@fscf.asso.fr ■ www.fscf.asso.fr

Conformément à la loi n°2016-041 du 26/01/2016 et des décrets n°2016-1157 et 2016-1387, ce certificat médical est valable 3 ans pour la délivrance d'une licence sans interruption au cours des 3 années sous réserve de remplir un auto-questionnaire de santé annuel mentionnant l'absence d'événements médicaux dans l'année écoulée, auquel cas un nouveau certificat médical est nécessaire. Pour les sports à contraintes particulières, un certificat annuel reste nécessaire : alpinisme ; plongée subaquatique ; spéléologie ; disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ; disciplines sportives comportant l'utilisation d'un aéronef à l'exception de l'aéromodélisme ; rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

Ce certificat médical n'est pas nécessaire avant l'âge de 6 ans et pour les activités non sportives.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ 2017/2018

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNÉE 2017-2018

Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé par **OUI** ou par **NON** durant les douze derniers mois

		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
À 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"/>

(NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

 PARTIE À DÉTACHER

ATTESTATION SANTÉ POUR LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNÉE 2017-2018

Je, soussigné(e) : Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe Mas. Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

A
Le

TABLEAUX DE GARANTIES PACK ACTIVITES 2017/2018



TABLEAUX DE GARANTIES ACCIDENTS CORPORELS

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	MINI	MIDI	MAXI	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS DÉCÈS Majoration du capital : • Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) • Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
INVALIDITÉ PERMANENTE • Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	Franchise relative de 5%
INDEMNITÉ SUITE A COMA Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITÉ TEMPORAIRE	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			NÉANT
Avec une sous-limite de : • Frais hospitaliers • Chambre particulière	Selon montant légal 30 € / jour, maxi 30 jours			NÉANT NÉANT
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) - Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2) 250 € (2)	350 € (2) 350 € (2)	500 € (2) 500 € (2)	NÉANT NÉANT
- Prothèse auditive, par appareil (forfait) - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)	160 € (2) 160 € (2)			
• Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NÉANT
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	2 500 €			
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	1 600 €			15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES	1 600 €			2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	1 600 €			35% d'IPP

(1) GARANTIE MAXIMUM 1 525 000 € EN CAS DE SINISTRE COLLECTIF - (2) CE MONTANT S'ENTEND PAR « SINISTRE ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE » PAR ASSURÉ



TABLEAUX DE GARANTIES ASSISTANCE VOYAGE

NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs) • Frais de transport de l'assuré blessé ou malade	Frais réels	NÉANT
• Soins médicaux à l'étranger - Frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires	150 000 €	80 €
• Prolongation de séjour avant rapatriement - Frais d'hôtel - Frais de transport retour - Rapatriement ou transport sanitaire Frais réels - Retour prématuré Frais réels - Transport et rapatriement du corps Frais réels - Retour des autres personnes Frais réels - Transport d'un membre de la famille Frais réels	80 € / nuit maximum 10 nuits Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	
• Frais d'hôtel - Caution pénale - Assistance juridique à l'étranger - Avance de fonds à l'étranger - Aide en cas de perte de documents d'identité - Aide en cas d'annulation ou retard d'avion - Transmission de message urgent - Chauffeur de remplacement - Assistance aux enfants et petits enfants Billet A/R (train ou avion) - Accompagnement psychologique	80 € / jour maximum 10 nuits 15 000 € 1 500 € 500 € GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	NÉANT

Dossier de licence

2017

2018



Fédération Sportive et Culturelle de France
22 rue Oberkampf ■ 75011 Paris
T +33(0) 1 43 38 50 57 ■ F +33(0) 1 43 14 06 65
fscf@fscf.asso.fr ■ www.fscf.asso.fr

ORIAS : 10058752

Révéler la passion qui vous anime.