|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **BULLETIN d’ADHESION SAISON 2025-2026**  **ASCR-MULTISPORTS**  **Valable du 1er septembre 2025 au 31 août 2026** | LogoLAFEDERATION |

Étiez-vous adhérent(e) au club (ou dans un autre club FCD) précédemment ? ❑ OUI ❑ NON

Êtes-vous adhérent(e) d’un autre club de la FCD cette saison ? ❑ OUI ❑ NON si OUI, n° de licence :

**INFORMATIONS DE L’ADHÉRENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Civilité : ❑ H ❑ F NOM : ................................................................................. Prénom : ................................................  NOM DE NAISSANCE : .........................................................................................  Êtes-vous responsable bénévole (dirigeant, conseiller technique, éducateur/animateur, responsable d’activité(s), juge/arbitre, formateur) *1.* : ❑ OUI ❑ NON  Lieu de naissance : Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : ................................................. Pays : ............................................................  Date de naissance : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_ Nationalité : ❑ française ❑ autre, laquelle ...................................................................  Courriel personnel : …...........................................................................................................................................................................  ❑ J'accepte de recevoir l’infolettre de la FCD, de ma ligue ou de mon club par courrier électronique  ❑ J'accepte de recevoir les informations de nos partenaires par courrier électronique  Adresse : N°\_ \_ \_ Rue/Voie : ............................................................................................................................................................  Complément : ........................................................................................................................................................................................  Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Ville : ....................................................................................... Pays : .............................................................  Tél domicile : \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ Tél travail : \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_ Tél portable : \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_  Personne à contacter en cas d’urgence : (NOM et Prénom) : ..................................................... Tél : \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ /\_ \_   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Êtes-vous un personnel : | **Défense en activité** | **Défense en non-activité** | **❑ Extérieur défense** | |  | ❑ Officier | ❑ Réserviste (sous contrat ESR) |  | |  | ❑ Sous-officier | ❑ Ancien militaire (retraité ou pas) |  | |  | ❑ Militaire du rang | ❑ Ancien civil (retraité ou pas) |  | |  | ❑ Civil | ❑ Famille |  |   Si vous êtes personnel du MINARM / DGGN :  Établissement MINARM / DGGN : ..................................................................... Service : ...........................................................  Êtes-vous : ❑ en situation de handicap ❑ atteint(e) d’une affection de longue durée (ALD) et assuré(e) à la CNMSS  ❑ retraité(e) militaire relevant de la CNMSS  Tout licencié, se trouvant dans l’une des 3 positions citées ci-dessus, bénéficie de la gratuité de la licence fédérale (22,00 €).  Activité(s) pratiquée(s) **:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | - | ❑ |  | - | ❑ |  | - | ❑ | | - | ❑ |  | - | ❑ |  | - | ❑ | | - | ❑ |  | - | ❑ |  | - | ❑ | | - | ❑ |  | - | ❑ |  | - | ❑ |   Type d’adhésion : ❑ cotisation annuelle permanente ❑ titre temporaire ❑ titre temporaire particulier |
|  |

**Je soussigné(e) ............................................................................................................................................................. atteste :**

(NOM Prénom du licencié ou du représentant légal)

**CERTIFICAT MÉDICAL**

|  |
| --- |
| Pour les majeurs :  ❑ Avoir remis un certificat médical d’absence de contre-indication à la pratique en compétition des disciplines à contraintes particulières.  ❑ Avoir répondu « non » à l’ensemble des rubriques du « Questionnaire Santé - FCD » de la saison 2025/2026, pour la pratique d’activités physiques et/ou sportives d’entretien-loisirs ou de compétition, hors disciplines sportives à contraintes particulières.  ❑ Avoir répondu « oui » à une ou plusieurs des rubriques du « Questionnaire Santé - FCD » de la saison 2025/2026, pour la pratique d’activités physiques et/ou sportives d’entretien-loisirs ou de compétition, hors disciplines sportives à contraintes particulières. Je fournis le certificat d’absence de contre-indication à la pratique d’activités physiques et/ou sportives.  Pour les mineurs :  ❑ Avoir répondu « non », conjointement par moi-même et les personnes exerçant l’autorité parentale, à l’ensemble du questionnaire relatif à mon état de santé, pour la pratique de la ou des activités physiques et sportives, hors disciplines sportives à contraintes particulières.  ❑ avoir répondu « oui » à une ou plusieurs des rubriques du questionnaire relatif à mon état de santé pour la pratique de la ou des activités physiques et sportives, hors disciplines sportives à contraintes particulières. Je fournis le certificat d’absence de contre-indication à la pratique d’activités physiques et/ou sportives. |

**ASSURANCES**

|  |
| --- |
| ❑ Reconnaitre avoir pris connaissance des garanties minimales souscrites par la FCD auprès de la GMF/SAUVEGARDE.  ❑ Reconnaitre avoir pris connaissance des garanties complémentaires proposées par la FCD auprès de la GMF/SAUVEGARDE (capitaux décès, invalidité permanente totale suivants, indemnité journalière)  - ❑ Je ne souscris pas à ces garanties complémentaires.  - ❑ Je souscris à la formule : ❑ 1 (28 €) ❑ 2 (38 €) ❑ 3 (43 €)  - ❑ Je souscris à l’assurance chasse (option) : 6 €  ❑ Reconnaitre avoir été tenu informé de l’existence de garanties relatives à l’accompagnement juridique et psychologique, ainsi qu’à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques. |

**DROIT Á L’IMAGE ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

|  |
| --- |
| ❑ En tant que majeur, renoncer à mon droit à l'image et autoriser, à titre gratuit, le club, la ligue ou la Fédération à procéder à des captations d’images et à les utiliser et diffuser sur tous supports de communication audiovisuels.  ❑ Autoriser, à titre gratuit, le club, la ligue ou la Fédération à procéder à des captations d’images de mon enfant et à les utiliser sur tous supports de communication.  *Vos données sont indispensables pour assurer le traitement et l’obtention de la licence FCD. Elles font l’objet d’un traitement informatique et sont destinées à la FCD (services, ligue et club) et peuvent être utilisées pour vous tenir informé des activités et des propositions de la FCD ou de la Ligue. Vous pouvez à tout moment consulter les informations qui vous concernent sur votre espace adhérent SYGELIC et intervenir auprès du club pour les modifier.*  *Vos données seront conservées tant que vous serez licencié(e) à la FCD. Elles ne sont jamais vendues et/ou communiquées sans votre accord à des tiers.*  *Délégué à la protection des données : Fabien Bossus – Courriel :* [*dpd@lafederationdefense.fr*](mailto:dpd@lafederationdefense.fr)*.* |

**AUTRES AUTORISATIONS**

|  |
| --- |
| ❑ Reconnaitre avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des règlements internes de l’association et m’engage à les respecter.  ❑ Reconnaitre accepter les risques inhérents à la pratique des activités pratiquées.  ❑ Autorise le responsable de l’activité à prendre les dispositions utiles en cas d’accident de mon enfant, d’urgence médicale ou chirurgicale, toutes les mesures seront prises pour nous contacter.  ❑ Au cas où l’on ne pourrait pas nous joindre, autorise le responsable de l’activité à prendre toutes les dispositions nécessaires y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale sans attendre mon accord. |

Licence FCD de 22,00 € + Cotisation de l’association de \_ \_ \_ \_ € + Participation aux activités de \_ \_ \_ \_ €

+ souscriptions optionnelles (garanties complémentaires ou assurances chasse) de \_ \_ \_ \_ €

Paiement par : ❑ CB ❑ Espèces ❑ Chèque ❑ RIB ❑ Chèques Vacances ❑ Pass-Sport

Banque : …………………………………………………………………………

**Fait à :** ...................................................... **Le :** \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Signature de l’adhérent majeur Signature de l’adhérent mineur

(ou du représentant légal pour l’adhérent mineur)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

|  |
| --- |
| **Documents à remettre au club** |

|  |
| --- |
| ❑ **Le BULLETIN de demande d’ADHESION dûment certifié et signé**  ❑ **Une PHOTO d’identité**  ❑ U**n CERTIFICAT MEDICAL pour la pratique des activités à contraintes particulières ou pour toute réponse « oui » au « Questionnaire Santé - FCD » (majeur ou mineur)**  ❑ **Le PAIEMENT de la cotisation annuelle incluant la licence FCD** |

|  |
| --- |
| **Documents à conserver par l’adhérent(e)** |

|  |
| --- |
| ❑ **Le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD renseigné ou le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD**  ❑ **L’ATTESTATION DE COTISATION** |

Une image contenant texte, Police, logo, Graphique

Le contenu généré par l’IA peut être incorrect.Exemplaire à conserver par l’adhérent(e)

**ATTESTATION DE COTISATION**

Je soussigné : DRAPEAU Stéphane

Président du club : ASCR-MULTISPORTS

Dont le siège social est, 52 rue du rempart des voiliers 17000 – LA ROCHELLE

Certifie que :

NOM Prénom de l’adhérent(e) :

**M. Mme**

S’est acquitté(e) de sa cotisation pour la saison 2025-2026 pour un montant de \_ \_ \_ \_ euros.

Cette attestation confirme son statut de membre adhérent, ouvrant le droit à la participation aux assemblées générales du club.

**Fait à :** .................................... **Le :** \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Pour le club ASCR-MULTISPORTS

Signature du (de la) président(e)²

Cachet du Club :