



FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2024/2025

Ce formulaire doit être rempli, signé, accompagné du certificat médical et/ou du questionnaire santé QS - SPORT.

L'ensemble de ces documents doit être conservé par le club.

RÉGION OCCITANIE

Nom du club FFSA : _____ N° d'affiliation FFSA : _____

Identité et type de licence

En cas de renouvellement de la licence

Nom : _____ N° de licence FFSA : _____
 Nom de jeune fille : _____ Sexe : masculin féminin
 Prénom : _____ Nationalité : _____
 Né(e) le : ____/____/____ Département : _____ Commune de naissance : _____
 Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
 E-Mail du licencié : _____ Téléphone : _____

Licence Adulte - compétitive ⁽¹⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Adulte - non compétitive ⁽¹⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Jeune - compétitive ⁽¹⁾ _____ 35 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Jeune - non compétitive ⁽¹⁾ _____ 35 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Dirigeant/bénévole/Educateur sportif bénévole ou professionnel ⁽³⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Autre pratiquant ⁽¹⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Officiel, Juge et arbitre ^{(2) (3)} _____ 0 €

Qualification(s) FFSA obtenue(s) : _____
 Discipline(s) sportive(s) : _____ Date d'obtention : ____/____/____

(1) Certificat médical obligatoire (adulte) ou questionnaire de santé (mineur et renouvellement adulte)

(2) Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et ski (hors officiels de table de marque).

(3) **Information des licenciés** : « La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif, de dirigeant, d'officiel, d'encadrant salarié ou bénévole, 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 », voir page 2 de ce formulaire.

Médical

Date du certificat médical ou Questionnaire de santé :

____/____/20____
 Avec contre-indication Sans contre-indicationPratique en compétition OUI NON

Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :

 OUI NON

Droit à l'image

Assurance

Attention : L'assurance Responsabilité civile couvrant les activités physiques et sportives est obligatoire mais non imposée par la FFSA. La garantie « individuelle accidents » est facultative mais vivement recommandée.**Rappel : l'assurance Responsabilité Civile (R.C) ne couvre que les accidents causés aux tiers.**

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante : (Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> Autre
RC fédérale et assistance MAIF	(RC comprise)	(RC comprise)	(RC comprise)	(Sans RC)
0,85€	1,85€	4,50€	9,05€	* (1)

(1) Je ne souhaite pas souscrire à la RC fédérale, j'atteste sur l'honneur avoir souscrit une autre assurance RC couvrant les activités physiques et sportives pratiquées dans le cadre de la FFSA.

Je soussigné(e) président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Date : _____
Signature du (de la) président(e) et cachet du club

Je souhaite adhérer à la FFSA et pratiquer des activités sportives adaptées correspondant à mes choix. Je déclare également avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____
Signature du licencié

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____
Signature de son représentant légal