



**Bulletin d'adhésion aux Pieds Nicleys ROYE 80**  
**Saison 2020 – 2021**  
**Running**  
(Validité du 01/09/2020 au 31/08/2021)

Je soussigné(e)

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse de messagerie : (obligatoire pour recevoir la licence) .....

Pseudo Facebook (nécessaire pour vous accepter dans le groupe fermé LPN80) :

Adhère aux Pieds Nicleys Roye 80 pour la saison 2020-2021 et fournit un certificat médical (Si nouveau adhérent, de moins de 2 mois de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition et reconnaît être informé de la possibilité de souscrire une assurance individuelle complémentaire couvrant les dommages corporels auxquels ma pratique sportive peut m'exposer (assurance d'UFOLEP (l'APAC) obligatoire).

Document à retourner à : Les Pieds Nicleys Roye 80 1 rue Paul Jaillant 80700 Roye

Accompagné :

- D'un certificat médical de moins de 2 mois de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition (garder 2 ou 3 copies afin de vous permettre d'attendre l'arrivée de votre licence)

- D'un chèque du montant de votre inscription libellé à l'ordre de: Les Pieds Nicleys

- D'une photo

**Tarif de l'adhésion aux Pieds Nicleys Roye 80 (avec Licence UFOLEP) : 65 Euros**

Contact club : [pieds.nicleys@outlook.fr](mailto:pieds.nicleys@outlook.fr)

Groupe Ouvert Facebook : Pieds Nicleys Roye

Groupe fermé Facebook : **LPN80 (Seulement ouvert aux licenciés)**

Site INTERNET : [www.lpn80.fr](http://www.lpn80.fr)

**Pour remplir le bulletin d'inscription ci-après, mettre le code 27002 dans « Activité principale » et signer en bas à droite.**

<b>Mes activités Ufolep</b>			
- Je suis non pratiquant.e :			
<input type="checkbox"/> Dirigeant (pas d'activité à renseigner)	Adulte Ufolep né en 2001 et avant	Jeune Ufolep né de 2002 à 2007	Enfant Ufolep né en 2008 et après
<input type="checkbox"/> Officiel (non pratiquant) (1) - Activité principale	Autres activités		
- Je suis pratiquant.e :			
<input type="checkbox"/> Animateur (1)	<input type="checkbox"/> Officiel (1)	<input type="checkbox"/> Sportif	<input type="checkbox"/> Sans pratique compétitive (2)
Activité principale	Autres activités		
Date du certificat médical (3) (4) ou si je ne suis pas soumis au renouvellement annuel du certificat médical, <input type="checkbox"/> j'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé (disponible sur : <a href="https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do">https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do</a> )			
Etes-vous licencié.e d'une autre Fédération ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, précisez			
Date du CASM Moto (5) (6) et N°			
<b>Mes activités culturelles et Usep</b>			
<b>Information assurance des licenciés.es Ufolep</b>			
<b>Pour les licenciés Ufolep non pratiquants et pratiquants de risques R1, R2, R3, R5 ou R6 :</b>			
Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisque Adhérents Association qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident ».			
J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base (1) dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option suivante (voir ci-dessous le tableau des garanties) :			
<input type="checkbox"/> Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 1	<input type="checkbox"/> Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 2		
<input type="checkbox"/> Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 3 (pour les mineurs)			
<b>Pour les licenciés Ufolep de risques R5 ou R6 :</b> Je prends note que le bénéfice des garanties d'assurances APAC est conditionné au respect des consignes et contraintes de sécurité édictées dans l'acte d'engagement joint à la notice d'information.			
<b>Attention :</b> Les licenciés résidant à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.			
			Date et signature obligatoire du licencié R1-R2-R3-R5-R6 (ou si mineur, du représentant légal)

La saison commence le 1<sup>er</sup> septembre 2020 et se termine le 31 août 2021 - Remplir le document au stylo noir et écrire en lettres majuscules. Votre bulletin d'adhésion sera validé à compter de sa date de réception par la fédération départementale.

**Mes activités Ufolep**

- Je suis non pratiquant.e :

- Dirigeant.e (pas d'activité à renseigner)  
 Officiel.le (non pratiquant.e) <sup>(1)</sup>- Activité principale

Adulte Ufolep né en 2003 et avant	Jeune Ufolep né de 2004 à 2009	Enfant Ufolep né en 2010 et après
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Autres activités

- Je suis pratiquant.e :

- Animateur.trice <sup>(1)</sup>  Officiel.le <sup>(1)</sup>  Sportif.ve  Sans pratique compétitive <sup>(2)</sup>  
 Activité principale Autres activités

Date du certificat médical <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> ou si je ne suis pas soumis.e au renouvellement annuel du certificat médical,  j'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé (disponible sur : [https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa\\_15699.do](https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do))

Etes-vous licencié.e à autre fédération sportive ?  Non  Oui, précisez

Date du CASM Moto <sup>(3)</sup> <sup>(5)</sup> et N°

**Mes activités culturelles et Usep proposées également par mon association**

**Information assurance des licenciés.es Ufolep**

**Pour les licenciés.es Ufolep non pratiquants.es et pratiquants.es de risques R1, R2, R3, R5 ou R6 :**

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Mult risque Adhérents Association qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident ».

**J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base <sup>(6)</sup> dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option suivante (voir ci-dessous le tableau des garanties) :**

- Complémentaire Individuelle de Personnes - option 1  
 Complémentaire Individuelle de Personnes - option 2  
 Complémentaire Individuelle de Personnes - option 3 (pour les mineurs)

Date et signature obligatoire du **licencié.e**  
**R1-R2-R3-R5-R6**  
 (ou si mineur.e, du.de la représentant.e légal.e)

**Pour les licenciés.es Ufolep de risques R5 ou R6 :** Je prends note que le bénéfice des garanties d'assurances APAC est conditionné au respect des consignes et contraintes de sécurité édictées dans l'acte d'engagement joint à la notice d'information.

**Attention:** Les licenciés.es résidant.es à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.

Nature des garanties	Garanties de base	CIP option 1	CIP Option 2	CIP Option 3 (7)
Frais de soins accident	7.623 €	7.623 €	7.623 €	7.623 €
Prothèse dentaire	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent
Lunettes de vue et lentilles	610 €	610 €	610 €	610 €
Prestations complémentaires	305 € 458 € pour les licenciés UFOLEP	1.525 €	1.525 €	1.525 €
Invalidité permanente :	30.490 € x taux 91.470 € x taux > 50% Maximum 60.980 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	76.225 € x taux 228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €
Décès par accident	6.098 € 7.623 € pour les licenciés.es UFOLEP	15.245 €	30.490 € + 7.623 € au conjoint.e + 3.812 € par enfant à charge (capital total maximum de 60.980 €)	6.098 € 7.623 € pour les licenciés.es UFOLEP
Tarifs 2020/2021	1,31 €	27,05 €	39,05 €	25,05 €

**Pour les licenciés.es Ufolep de risque R4**

(Activités : 24021-Parachutisme - 24022-ULM - 24023-Vol à voile - 24024-Vol libre - 21031-VNM-Jet-ski)

Je prends note que ma licence ne procure aucune assurance, qu'il s'agisse de garanties en Responsabilité Civile comme de l'Individuelle Accident <sup>(8)</sup>. Je confirme avoir été informé.e (conformément à l'article L. 321-4 du Code du Sport) de l'intérêt à bénéficier de garanties Individuelle Accident couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

Date et signature obligatoire du **licencié.e R4**  
 (ou si mineur.e, du.de la représentant.e légal.e)

(1) Consulter le règlement technique Ufolep précisant les notions d'animateur.trice et d'officiels.les sportifs.ves. (2) La licence Ufolep portera la mention «Pas de pratique compétitive». (3) La copie du document sera remis au responsable légal.e ou au.à la Président.e de l'association. (4) Le code du sport impose la présentation d'un certificat médical de non contre-indication pour la pratique du sport lors de la première prise de licence. Selon la nature de pratique (cf codification des activités), il est demandé un certificat médical tous les ans (si activité à conditions particulières), tous les 3 ans ou le renseignement d'un questionnaire santé (pour les activités ne nécessitant pas de certificat médical lors du renouvellement de licence). (5) Si toutes les données sont remplies la licence portera la mention «Licence Sport motocycliste». (6) En cas de non acceptation, veuillez barrer le texte et écrire la mention « sans Individuelle Accident » et contacter votre responsable associatif. La date et la signature sont obligatoires. (7) L'option 3 est réservée aux mineurs.es n'exerçant pas une activité salariée et aux étudiants.es fiscalement à charge de leurs parents. (8) Veuillez prendre contact avec le.la responsable légal.e ou le.la président.e d'association pour connaître les éventuelles garanties directement souscrites par votre association auprès d'APAC Assurances.

**Certificat Médical**  
**Obligatoire pour la prise d'une licence**

**Prise en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport**

Je soussigné(e),.....

Docteur en médecine, exerçant à .....

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme /Melle

.....

né(e) le .....

demeurant à .....

**et ne pas avoir constaté à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.**

**Autres sports pratiqués en compétition : .....**

**Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le dopage un dossier d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.**

**Fait le .....**

**à .....**

**Cachet et signature du médecin :**

## RUNNING UFOLEP

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F M Né (e) le : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) : \_\_\_\_\_  
Spécialités athlétiques pratiquées : \_\_\_\_\_  
Niveau de performance : départemental régional interrégional national

### **Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient** (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ?      oui      non  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ?      oui      non  
Précisions (année et motif d'hospitalisation) : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été opéré ?      oui      non  
Précisions (année et type d'opération) : \_\_\_\_\_

Etes-vous soigné pour :  
    le coeur ?      oui      non  
    la tension artérielle ?      oui      non  
    le diabète ?      oui      non  
    le cholestérol ?      oui      non

Prenez-vous actuellement des médicaments ?      oui      non  
Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti  
    une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?      oui      non  
    des palpitations (sensation de battements anormaux) ?      oui      non  
    un malaise ?      oui      non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?      oui      non

Date du dernier Electrocardiogramme : \_\_\_\_\_ Résultat ? \_\_\_\_\_  
Date de la dernière prise de sang : \_\_\_\_\_ Résultat ? \_\_\_\_\_

Nombre de cigarettes par jour : \_\_\_\_\_

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine : \_\_\_\_\_

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?      oui      non  
Si oui lesquels ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies ?      oui      non  
Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Date de la dernière vaccination contre le tétanos : \_\_\_\_\_

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ? \_\_\_\_\_

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?      oui      non  
Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Je soussigné (e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.  
Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Découper et donner uniquement le certificat médical au club**

-----  
-----  
**CERTIFICAT MEDICAL**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e).....

Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de .....

ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Date ..... Signature et Cachet :