



**Renouvellement 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 (Sauf renouvellement certificat valable 3 ans ), 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 :

**ATTENTION votre certificat ne doit pas dépasser un délai de 3 ans de validité.**

- 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 (Athétisme) dans « Activité principale » et signer en bas à droite.**

<b>Mes activités Ufolep</b>				
- Je suis non pratiquant.e :		Adulte Ufolep né en 2001 et avant	Jeune Ufolep né de 2002 à 2007	Enfant Ufolep né en 2008 et après
<input type="checkbox"/> Dirigeant (pas d'activité à renseigner)		Autres activités		
<input type="checkbox"/> Officiel (non pratiquant) (1) - Activité principale				
- Je suis pratiquant.e :				
<input type="checkbox"/> Animateur (3)				
<input type="checkbox"/> Officiel (1)				
<input type="checkbox"/> Sportif				
<input type="checkbox"/> Sans pratique compétitive (2)				
Activité principale		Autres activités		
Date du certificat médical (4) (5) 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 (2) (5) et N°				
<b>Mes activités culturelles et Usep</b>				
<b>Information assurance des licenciés Ufolep</b>				
Pour les licenciés Ufolep non pratiquants et pratiquants de risques R1, R2, R3, R5 ou R6 : 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 (4) 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)				
Pour les licenciés 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 résidant à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.				
Date et signature des signés du BORDÉ R1-R2-R3-R5-R6 (ou si mineur, du représentant légal)				

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA  
DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE**  
*(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)*

Je, soussigné Mme / Mr (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal)  
..... certifie avoir répondu NON à toutes les questions du  
formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

A .....

Le ...../...../.....

Signature :

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.