


Mail : [vttloisirmontalbanais@gmail.com](mailto:vttloisirmontalbanais@gmail.com) Tél : 05 63 03 25 55 - 06 13 65 53 31

Type adhésion  Création  Renouvellement

Mr  Mme

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Code postal : Ville :  
Mail :  
Téléphone domicile :  
Mobile :  
Accident qui prévenir :  
Tél :

#### ETAT SPORTIF DU DEMANDEUR

La Poste  Id RH (1) :  
 Certificat médical du :  
Ou, si vous avez déjà fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans  
 Renouvellement questionnaire de santé  
(Réponse **NON** à toutes les questions) Cerfa n°15699-01

#### VOTRE CHOIX DE LICENCE

Licence FSASPTT Adulte 1  65€  
Licence FSASPTT Adulte 2 et suivants  55€  
Licence FSASPTT + FFVélo jeune – de 18ans  55€

Adresser votre demande accompagnée du **certificat médical** ou du **questionnaire de santé**, du **règlement par chèque** (paiement possible en 3 fois) à l'ordre de  
ASPTT MONTAUBAN VTT  
8 rue des Primeurs - 82000 MONTAUBAN

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessous et m'engage à respecter la réglementation de la fédération. A Le

**Signature obligatoire** demandeur ou de représentant légal

#### Informatique et libertés

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du secrétaire général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

#### Cessation de droit à l'image

/// Je ne souhaite pas que les photos, des prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc sans avoir le droit à une compensation.

/// Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de FSASPTT.

/// Je ne souhaite pas recevoir d'information des partenaires de la FSASPTT.

#### Autorisation parentale

Je, soussigné(e), M. ou Mme -----Représentant légal  
de : -----

Certifie lui donner l'autorisation de :

- Se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités.
- Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'urgence est :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

(1) Identifiant RH pour les postiers.

 Tarif préférentiel nous contacter

#### Assurance

L'établissement d'une des licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile. Assistance et « Dommages corporels » souscrites par FSASPTT.

L'assurance « Dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels ». Le montant de cette assurance compris dans le prix de la licence FSASPTT est de 1,84€. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Je soussigné(e) -----reconnais avoir pris connaissance :

- De la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice disponible aussi sur le site [www.asptt.com](http://www.asptt.com))
- Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Je satisfais à la visite médicale OBLIGATOIRE m'autorisant à pratiquer le ou les sports considérés.

#### Refus d'assurance « Dommages corporels »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend la décision en toute connaissance de cause.

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance « Dommages corporels », il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la case ci-dessous.

/// Je ne souhaite pas souscrire d'assurance  
« Dommages corporels »

# SIGNER ET COMPLETER LA DECLARATION DU LICENCIE - SAISON 2020

## NOTICE D'INFORMATION - SAISON 2020

(Conformément aux articles L321-1, L321-4, L321-5 et L321-6 du Code du Sport et de l'article L141-4 du Code des assurances)



## FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

Cette notice vous est remise par la Fédération dont vous êtes membre afin :

- de vous informer qu'outre des garanties couvrant la responsabilité civile et la Défense pénale et Recours, vous pouvez bénéficier des garanties d'assurance de personne souscrites et qui vous sont proposées par la Fédération ;
- d'attirer votre attention sur l'intérêt que vous avez à souscrire un contrat d'assurance de personne couvrant les accidents corporels auxquels peut vous exposer votre pratique sportive.

En choisissant sa Formule d'assurance, le licencié choisit ses garanties :

Nature de la garantie	Mini Braquet	Petit Braquet	Grand Braquet
<b>Responsabilité civile - Défense Pénale et Recours</b>	Acquise	Acquise	Acquise
<b>Décès accidentel</b>	Non acquise	5 000 €	15 000 €
<b>Décès ACV/AVC<sup>(1)</sup> :</b> - En l'absence du test à l'effort de moins de 2 ans, - En Présence du test à l'effort de moins de 2 ans.	Non acquise Non acquise	1 500 € 3 000 €	2 500 € 7 500 €
<b>Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %</b>	Non acquise	30 000 € versé en totalité si taux d'invalidité ≥ 66 %	60 000 € versé en totalité si taux d'invalidité ≥ 66 %
<b>Frais médicaux prescrits y compris non remboursés par la Sécurité sociale, dont :</b> - Prothèse dentaire : * par dent (maxi 4), * bris de prothèse. - Lunette : * par verre, * par monture. - Réparation ou remplacement autre prothèse (médicale). - Actes non prescrits et non remboursables	Non acquise	3 000 €	3 000 €
<b>Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive</b>	Non acquise	3 000 €	3 000 €
<b>Assistance dont :</b> - Rapatriement, - Prise en charge des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation à l'étranger et avance, - Frais de recherches, de secours et d'évacuation.	Non acquise	Frais réels 10 000 € 3 000 €	Frais réels 10 000 € 3 000 €
<b>Dommages (Indemnisation vétusté déduite de 8 % par an max 70 %) :</b> - Casque, - Cardio-fréquencemètre (à fonction exclusive), - Équipements vestimentaires, - GPS (à l'exclusion du Smartphone), - Dommages au vélo y compris catastrophes naturelles.	Non acquise	80 € 100 € Non acquise Non acquise Non acquise	80 € 100 € 160 € 300 € 1 500 € Franchises Néant Néant 30 € 30 €

(1) Pour être valable le test à l'effort doit avoir été réalisé avant l'accident et au plus tard dans les 2 ans qui précèdent la délivrance de la licence de l'année en cours.

**Attention : Le licencié Vélo-Balade Fédération ne peut prétendre aux capitaux décès ACV/AVC même avec la formule d'assurance Petit Braquet et Grand Braquet.**

Demeurent exclus de la garantie des Accidents corporels :

- Les accidents, maladies et infirmités survenus ou dont l'assuré avait connaissance avant la prise d'effet du contrat, ainsi que leurs suites, conséquences ou aggravations ;
- Les suites, conséquences ou aggravations d'un état traumatique résultant de :
  - votre état alcoolique temporaire (taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal) ou chronique, l'usage de stupéfiants, barbituriques et tranquillisants hors prescription médicale, de stimulants, anabolisants et hallucinogènes,
  - votre participation à une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à un crime ou à un délit intentionnel, à des émeutes ou mouvements populaires et toute faute intentionnelle ou dolosive de votre part ou de celle du bénéficiaire,
  - la tentative de suicide, le suicide ;
- Les accidents résultant de la conduite de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, de compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur sauf cas de participation à des concentrations automobiles non soumises à autorisation des pouvoirs publics ;
- Les frais de voyage, de séjour et de cure dans les stations balnéaires, thermales ou climatiques ;
- Les accidents relevant de la législation du travail.

Pour plus d'informations sur les garanties, vos obligations en cas de sinistre, renseignez-vous auprès de votre Club.

## I. Les garanties optionnelles proposées

Si l'option est souscrite auprès du Cabinet GOMIS Garrigues assureurs de la FFCT (bulletin N° 1 Annexe 2) :



### 1. Les Indemnités journalières (Bulletin N° 1 Annexe 2)

L'assureur garantit à l'assuré le versement d'Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale médicalement reconnue à la suite d'un accident survenu dans le cadre des activités garanties et dans les cas suivants :

- Si l'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale (base indemnitaire) l'assureur verse une indemnité journalière correspondant exclusivement à la perte réelle de revenu sans pouvoir dépasser la somme de 30 € par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'arrêt et ce jusqu'au 365<sup>e</sup> jour consécutif. Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.
- Si l'assuré est hospitalisé pendant une période supérieure à 4 jours, l'assureur verse une indemnité journalière forfaitaire de 30 € par jour, à compter du 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation et ce, pendant une durée maximale de 90 jours d'hospitalisation.

Cotisation : 25 € TTC en complément des formules Petit Braquet et Grand Braquet.

### 2. Complément de garantie Invalidité permanente et Décès (Bulletin N° 1 Annexe 2)

Les sommes ci-dessous viennent s'ajouter à celles prévues par les formules Petit Braquet et Grand Braquet.

Garanties	Montant du capital supplémentaire
<b>Décès (Tout événement d'origine cardio-vasculaire ou vasculo-cérébral/AVC est exclu)</b>	25 000 €
<b>Invalidité permanente totale (réductible partiellement selon le taux d'invalidité) sous déduction d'une franchise relative ≤ 5 %</b>	50 000 € <sup>(1)</sup>

(1) En cas d'invalidité permanente partielle le montant de l'indemnité est égal au pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'invalidité retenu.

**Cotisation :** 20 € ou 40 € pour capitaux ci-dessus doublés.

### 3. Garanties des Accidents de la Vie privée (Bulletin de demande d'information GAV)

Toujours dans le souci d'apporter aux licenciés une meilleure couverture, nous vous proposons le contrat Garanties des Accidents de la Vie. Il permet de couvrir les dommages corporels résultant d'un événement accidentel privé y compris à l'occasion des accidents sportifs et ce quelle que soit l'activité pratiquée.

Ce contrat peut aussi garantir la pratique de sport dangereux tels que les sports sous-marin, les sports aériens, y compris ULM, parapente et deltaplane, les sports mécaniques lors de leurs compétitions et essais, ainsi que tous les sports pratiqués en qualité d'amateur par des sportifs inscrits sur les listes ministérielles de haut niveau.

Vous êtes indemnisé en tenant compte des dommages subis : préjudices économiques, psychologiques, physiologiques et esthétiques jusqu'à 2 millions d'euros par personne.

Le contrat peut être souscrit soit par une personne seule (réservé au célibataire sans enfant) soit pour la famille.

Deux formules de garanties sont proposées (âge limite de souscription 68 ans) :

- Formule 1 pour une indemnisation dès 25 % d'incapacité permanente.
- Formule 2 pour une indemnisation dès 5 % d'incapacité permanente.

## II. Protection de vos données personnelles

### 1. Pourquoi recueillons-nous vos données personnelles ?

Vous êtes assuré, adhérent, souscripteur, bénéficiaire, payeur de primes ou de cotisations, affilié d'un contrat collectif ? Quelle que soit votre situation, nous recueillons et traitons vos données personnelles.

Pourquoi ? Tout simplement parce qu'elles nous sont nécessaires pour respecter nos obligations légales, gérer votre contrat et mieux vous connaître.

Gérer votre contrat et respecter nos obligations légales

En toute logique, vos données personnelles sont indispensables lorsque nous concluons ensemble un contrat et que nous le gérons pour sa bonne exécution. Elles nous servent à vous identifier, à évaluer le risque assuré, à déterminer vos préjudices et indemnités, à contrôler la sinistralité et lutter contre la fraude. Cela concerne également vos données d'infractions (historique et circonstances) et d'état de santé. Ces dernières font l'objet d'un traitement spécifique lié au respect de la confidentialité médicale.

En outre, nous avons besoin de vos données pour respecter en tout point les dispositions légales et administratives applicables à notre profession (entre autre dans le cadre de la lutte contre le blanchiment).

Mieux vous connaître... et vous servir

**Avec votre accord express**, vos données servent également un objectif commercial. Elles peuvent être liées à vos habitudes de vie, à votre localisation... Elles nous aident à mieux vous connaître, et ainsi à vous présenter des produits et des services adaptés à vos seuls besoins (profilage). Elles serviront pour des actions de prospection, de fidélisation, de promotion ou de recueil de votre satisfaction.

Si vous souscrivez en ligne, nous utilisons un processus de décision automatisé, différent selon les types de risques à couvrir. Quelle que soit notre décision, vous pouvez demander des explications à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».

## 2. Qui peut consulter ou utiliser vos données personnelles ?

Prioritairement les entreprises du groupe Allianz et votre intermédiaire en assurance (courtier, agent...). Mais aussi les différents organismes et partenaires directement impliqués dans la conclusion, la gestion, l'exécution de votre contrat ou un objectif commercial : sous-traitants, prestataires, réassureurs, organismes d'assurance, organismes sociaux, annonceurs ou relais publicitaires.

Ces destinataires se situent parfois en dehors de l'Union européenne. En ce cas, nous concevons des garanties spécifiques pour assurer la protection complète de vos données. Si vous souhaitez des informations sur ces garanties, écrivez-nous à l'adresse indiquée au paragraphe « Vos contacts ».



## 3. Combien de temps sont conservées vos données personnelles ?

Vous êtes prospect ou nous n'avons pas pu conclure un contrat ensemble

Nous conservons vos données :

- commerciales : 3 ans après le dernier contact entre vous et Allianz ;
- médicales : 5 ans. Celles-ci sont traitées de manière spécifique, toujours dans le strict cadre du respect de la confidentialité médicale.

Vous êtes client

Nous conservons vos données tout au long de la vie de votre contrat ou pendant le processus d'indemnisation. Une fois cette période achevée, elles sont conservées pendant le délai de prescription.

## 4. Pourquoi utilisons-nous des cookies ?

Tout simplement parce qu'ils facilitent et accélèrent votre navigation sur le web.

Les cookies sont de simples fichiers textes stockés temporairement ou définitivement sur votre ordinateur, votre smartphone, votre tablette ou votre navigateur. Grâce à eux, vos habitudes de connexion sont reconnues, et vos pages sont plus rapidement chargées.

## 5. Données personnelles : quels sont vos droits ?

Consulter, modifier, effacer... Vous disposez de nombreux droits pour l'utilisation qui est faite de vos données :

- **le droit d'opposition, lorsque vos données personnelles ne sont pas utiles ou ne sont plus nécessaires à notre relation contractuelle**, y compris le droit de changer d'avis, notamment pour annuler l'accord que vous aviez donné pour l'utilisation commerciale de vos données ;
- le droit d'accès à vos données personnelles et aux traitements ;
- le droit de rectification ;
- le droit à l'effacement, notamment lorsque la durée de conservation de vos données personnelles est dépassée ;
- le droit à une utilisation restreinte, lorsque les données ne sont pas nécessaires ou ne sont plus utiles à notre relation contractuelle ;
- le droit à la portabilité, c'est-à-dire la possibilité de communiquer vos données à la personne de votre choix, sur simple demande ;
- le droit de décider de l'utilisation de vos données personnelles après votre décès.

Conservation, communication ou effacement... : vous désignez un proche, lui indiquez votre volonté et il la mettra en œuvre sur simple demande.

Pour exercer votre droit d'accès aux données traitées dans le cadre de la lutte anti-blanchiment et anti-terroriste, adressez-vous directement à la CNIL.

De manière générale, vous pourrez lire toutes les précisions sur les cookies ainsi que sur le recueil et l'utilisation de vos données sur le site [www.allianz.fr](http://www.allianz.fr) ou le site de l'entité juridique mentionnée au paragraphe « Qui est en charge de vos données au sein du groupe Allianz ? ».

Enfin, le site de la CNIL vous renseignera en détail sur vos droits et tous les aspects légaux liés à vos données personnelles : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

## 6. Qui est en charge de vos données au sein du groupe Allianz ?

Allianz IARD

Entreprise régie par le Code des assurances Société anonyme au capital de 991.967.200 €  
1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex  
542 110 291 RCS Nanterre  
[www.allianz.fr](http://www.allianz.fr)

## 7. Comment exercer vos droits ?

Pour exercer vos droits (voir [paragraphe 5](#)), vous pouvez nous solliciter directement à l'adresse du paragraphe « Vos contacts », ou écrire à notre Délégué à la Protection des Données Personnelles (DPO) à la même adresse.

En cas de réclamation et si notre réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser à la CNIL.

## 8. Vos contacts

- Si votre contrat a été souscrit auprès d'un agent général, d'un conseiller Allianz Expertise et Conseil ou d'un Point Service Allianz :  
Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est très simple : il vous suffit de nous écrire :
    - par mail à [informatiqueetliberte@allianz.fr](mailto:informatiqueetliberte@allianz.fr),
    - par courrier à l'adresse Allianz – Informatique et Libertés – Case courrier S1805 – 1 cours Michelet – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex.
  - Si votre contrat a été souscrit auprès d'un courtier :  
Question, réclamation, demande de modification... Pour toutes ces situations, c'est simple : écrivez directement à votre courtier.
- Pour toutes vos demandes, n'oubliez pas de joindre un justificatif d'identité.

## Déclaration du licencié - Saison 2020

À retourner obligatoirement au Club (ou à la Fédération pour les membres individuels)

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

**Pour le mineur** représentant légal de \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Licencié de la Fédération à (nom du Club) \_\_\_\_\_

Déclare :

- Avoir pris connaissance du contenu de la présente notice d'information relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération auprès d'Allianz pour le compte de ses adhérents ;
- Avoir été informé par la présente notice de l'intérêt que présente la souscription de garanties d'indemnités contractuelles (Décès, Invalidité Permanente, Frais médicaux, et Assistance) pour les personnes pratiquant une activité sportive relevant de la Fédération,
- Avoir choisi une formule MB, PB ou GB et les options suivantes :
  - Indemnité Journalière forfaitaire  Complément Décès/Invalidité
  - Ne retenir aucune option complémentaire proposée

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du licencié souscripteur (ou du représentant légal pour le mineur)



## 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 atteste, 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.

## AUTORISATION PARENTALE PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

Nom du Club cyclotouriste : **ASPTT VTT Loisir Montalbanais** ... n° FFCT : **07757** .....

Je, soussigné(e) (1)

Nom : ..... Prénom : .....

Demeurant : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : .....

Autorise (2)

Nom : ..... Prénom : .....

à participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte expérimenté, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations des parents (médicales ou autres)

L'enfant suit-il un traitement particulier ? oui  non

Si oui, joindre la prescription médicale.

Je, soussigné(e) (1) :

Nom : ..... Prénom : .....

Père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable de l'encadrement (3) :

Nom : ..... Prénom : .....

à prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant le jeune (2) :

Nom : ..... Prénom : .....

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à : ..... le : .....

Signature,

(précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

(1) Nom, prénom du père ou de la mère ou du tuteur légal,

(2) Nom, prénom de l'enfant

(3) Nom et prénom du responsable de l'encadrement du club





**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....