



FORMULAIRE ADHESION CSA

Merci d'être attentif au remplissage du dossier

Tout dossier incomplet, illisible ou envoyé par mail ne sera pas traité !!!

Le dossier devra **être impérativement** envoyé à l'adresse suivante : **CSA**

La Courtine, Quartier Général Benoît, 23100 LA COURTINE

ou bien le déposé au format papier (armoire à clapets vers le **bureau du CSA**
bâtiment 70 ou **espace ATLAS**)

Vous pouvez nous contacter par mail : csalacourtine@gmail.com ou par téléphone au : **05.55.83.65.66**


Permanence téléphonique : mardi de 14h30 à 17h (laisser un message en dehors de la permanence)

Documents à remettre au club

- BULLETIN de demande d'ADHESION dûment certifié et signé
- PHOTO d'identité
- CERTIFICAT MEDICAL de moins de 1 an pour l'activité TIR ou pour toute réponse « oui » au « Questionnaire Santé - FCD » pour les adhérents majeur ou mineur.
- PAIEMENT intégrale de la cotisation annuelle incluant la licence FCD
- Photocopie de la licence délégataire ou attestation FF TIR pour l'activité TIR

Documents à conserver par l'adhérent(e)

- QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD renseigné ou le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD

Photo		Club Sportif et Artistique du camp de La Courtine Bulletin de demande d'adhésion 2025-2026	Cadre réservé	
			Validation du CODIR	
			Inscription SYGELIC	
			Attestation médical	
			Comptabilité	
			Validation licence FCD	
<input type="checkbox"/> Nouvelle adhésion au club <input type="checkbox"/> Renouvellement d'adhésion au club <input type="checkbox"/> Vous êtes adhérent d'un autre club de la FCD N° de licence FCD :				

1 – Coordonnées de l'adhérent (en MAJUSCULES) *Obligatoire

Civilité* : H F Nom* : Prénom* :
Nom de naissance* : N° de pièce d'identité* :
Lieu de naissance : Code postal* : Ville* : Pays* :
Date de naissance* : Nationalité* : Française Autres, laquelle :
Adresse* : Code postal* : Ville* :
Tél Fixe* : Tél mobile* :
Adresse mail personnelle* :

2 – Qualité de l'adhérent*		Cochez la ou les cases	
Ministère des Armées (MINARM)		<input type="checkbox"/> Autres	Fonction au club (Remplir le paragraphe n°3)
<input type="checkbox"/> Défense en activité	<input type="checkbox"/> Défense en non-activité		
<input type="checkbox"/> Officier	<input type="checkbox"/> Réserviste	<input type="checkbox"/> Extérieur MINARM	<input type="checkbox"/> Dirigeant
<input type="checkbox"/> Sous-Officier	<input type="checkbox"/> Ancien militaire (retraité ou pas)		<input type="checkbox"/> Responsable d'activité
<input type="checkbox"/> Militaire du rang	<input type="checkbox"/> Ancien civil (retraité ou pas)		<input type="checkbox"/> Responsable-adjoint d'activité
<input type="checkbox"/> Personnel civil	<input type="checkbox"/> Famille		

3 – Contrôle d'honorabilité (obligatoire par la FCD) * Cochez les cases

NOM et Prénom du père :
NOM de jeune fille et Prénom de la mère :
 J'ai été informé que ma fonction en tant que responsable bénévole (dirigeant, responsable ou adjoint d'activité(s)) au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du Code du sport m'impose la prise de licence FCD. Les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FCD aux services de l'Etat 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 accepté le contrôle d'honorabilité.
Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce comme dirigeant, d'animateur, arbitre, juge, formateur ou bénévole. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

4 – Personne en situation particulière* (Vous bénéficiez de la gratuité de la licences FCD si vous êtes concerné par une des cases.)

J'atteste sur l'honneur être une personne : en situation de handicap en ALD/maladie chronique et assuré à la CNMSS⁽¹⁾
 Retraitée militaire relevant de la CNMSS⁽¹⁾

Important : En cas de contrôle par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS), vous êtes en mesure de fournir les pièces justificatives.

5 – Attestation médicale* Cochez la case

Je soussigné(e) (Nom Prénom du licencié ou du représentant légal) atteste avoir répondu :
 «NON» à l'ensemble des questions du questionnaire de santé-FCD pour la pratique d'activités physiques et/ou d'entretien-loisirs ou de compétition, hors disciplines sportives à contrainte particulières.
 «OUI» à l'une des questions du questionnaire de santé-FCD, je fournis obligatoirement un certificat médical.
 Je fournis obligatoirement un certificat médical si je pratique un sport à contraintes particulières (Tir).

6 – Autorisation et Personne à prévenir en cas d'accident *Obligatoire

NOM et Prénom* : Tél fixe ou mobile* :
 J'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, j'autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les dispositions nécessaires y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale sans attendre mon accord.

7 – Activité(s) choisie(s)* Cochez la ou les cases

<input type="checkbox"/> Entretien-loisirs		<input type="checkbox"/> Compétition	
<input type="checkbox"/> AIRSOFT	<input type="checkbox"/> JARDINAGE	<input type="checkbox"/> LOISIRS CREATIFS	
<input type="checkbox"/> MUSCULATION	<input type="checkbox"/> PÊCHE	<input type="checkbox"/> PETANQUE	
<input type="checkbox"/> TIR	<input type="checkbox"/> VTT		

8 – Cotisations et Mode de paiement

Je demande une attestation de paiement pour mon comité d'entreprise oui non

Intitulé du virement : nom prénom-adhésion-nom de l'activité - chèque à l'ordre du CSA de La Courtine

Licence permanente FCD (obligatoire) 22€ ou 0.00€ (voir paragraphe n°4)	
Licence temporaire FCD (valable pour 72h) 6€	
Cotisation C.S.A. La Courtine :	
- Adhérent de + 18 ans : 30€	
- Adhérents de -18 ans : 10€	
Supplément d'activité :	
- Pêche : 10€	
- Tir : 30€	
Licence Fédérale Délégitaire (FF Tir) :	
- Adhérent de + 18 ans : 84€	
- Adhérents de -18 ans : 64€	
TOTAL annuel	

Mode de Paiement	N° du chèque ou Pass'Sport	Date d'encaissement
Numéraire		
ANCV : Chèque vacances/Coupon sport		
Pass'Sport		
Virement bancaire		
Chèque bancaire n°1		
Chèque bancaire n°2		

9 – Assurances***Cochez la ou les cases**

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties minimales souscrites par la Fédération des Club de la Défense auprès de la GMF/SAUVEGARDE (contrat Y11 567 009 L) ainsi que les garanties complémentaires proposées, pour cela : (option à régler auprès de la GMF)

- 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€

Je reconnais 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.

10 – Droit à l'image et Protection des données personnelles***Cochez la case**

- En tant que majeur, je renonce à mon droit à l'image et autorise, 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.
- J'autorise, 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.
- Je n'autorise pas à me photographier et/ou me filmer ou Je n'autorise pas à photographier et/ou filmer mon enfant.

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. Elles 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.

11 – Contrôle primaire de sécurité*

Je reconnais avoir été informé et accepter qu'une vérification de sécurité soit effectuée sur ma personne suite au dépôt de la demande de contrôle élémentaire.

12 – Autres autorisations***Cochez la ou les cases**

- 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.

Signatures*

Je déclare avoir lu et approuve les articles 1 à 12 du présent document. Je reconnais également avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur de l'association ainsi que du règlement interne de la ou les activité(s) choisie(s) et m'engage à les respecter. Je reconnais également accepter les risques inhérents à la pratique des activités pratiquées.

Signature de l'adhérent(e) ou du mineur et de son/sa représentant(e) légal(e), fait le :	Nom et signature du responsable de l'activité, fait le :	Nom et signature du représentant du Comité Directeur, fait le :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD

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
Durant les douze derniers mois :			
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"/>
À ce jour :			
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 dans 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"/>
10.	Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<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.			

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant d'autorité : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a t'il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
Tu es une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : __ ans
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme¹

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme¹

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant²

Date et signature :

¹ Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

² Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal




Assurance complémentaire proposée aux adhérents de la F.C.D

Demande d'assurance

Saison 2025/2026

À retourner accompagnée du règlement à : Fédération des Clubs de la Défense
16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or
CS 40300 - 94114 Arcueil cedex

LE SOUSCRIPTEUR

Club d'affiliation _____ N° de licence _____
M. Mme Mlle NOM _____ Prénom _____
Date de naissance Adresse : N° _____ Rue _____
Lieu-dit _____ Code postal Commune _____ 

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE

- Nous vous proposons de compléter les Garanties Individuelle Accident souscrites par la FCD dont vous bénéficiez au titre de votre licence fédérale, par les formules ci-dessous : elles prévoient les capitaux Décès et Invalidité Permanente Totale suivants ainsi qu'une indemnité journalière en complément des garanties prévues au titre de la licence FCD.
- Période de validité : **de la date de souscription au 31 août 2026.**

Je coche la formule que je désire souscrire.

GARANTIES	FORMULE 1 <input type="checkbox"/>	FORMULE 2 <input type="checkbox"/>	FORMULE 3 <input type="checkbox"/>
• Décès (capital)	9 147 €	15 245 €	15 245 €
• Invalidité Permanente Totale (capital)	18 294 €	30 490 €	45 735 €
	Franchise relative 8 %		
• Indemnité Journalière suite à arrêt de travail	15,24 €/jour 1 an maximum	18,30 €/jour 1 an maximum	30,49 €/jour 1 an maximum
	Franchise 7 jours		
COTISATIONS ANNUELLES T.T.C. Valables jusqu'au 31/08/2023	28 €	38 €	43 €



9003-10.09.23

LA DATE D'EFFET, LA DURÉE DU CONTRAT ET LE PAIEMENT DE LA COTISATION

- Sous réserve de l'accord de l'assureur, je demande que le contrat prenne effet le à zéro heure jusqu'au 31 août prochain.
 - Je joins un paiement de € réglé par chèque à l'ordre de la FCD.

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont traitées par la GMF et le groupe Covéa, auquel elle appartient, responsables de traitement.

Le groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle, régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour permettre de réaliser des opérations de prospection commerciale et vous proposer le service ou le produit le plus adapté à vos besoins.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données personnelles et d'opposition à la prospection commerciale. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : GMF - Protection des données personnelles - 45930 Orléans cedex 9, ou protectiondesdonnees@gmf.fr. Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site gmf.fr, page "Données personnelles".

VOTRE SIGNATURE

Le souscripteur est avisé des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou d'une FAUSSE DÉCLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

Fait à _____, le _____

 Signature

