PATRONAGE
LAÏQUE
DU PILIER
ROUGE

FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

Saison 2018-2019

BREST ☐ HORS BREST ☐

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age : ..... Sexe : .....

Etablissement scolaire fréquenté : .....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

1 - Nom et Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune : Quartier : .....

Tél. domicile : Tél. portable :

2 - Nom et Prénom : .....

Adresse :

Code Postal : Commune : Quartier : .....

Tèl. domicile : Tèl. portable :

N° S. Sociale : Mutuelle N° : .....

N° allocataire C.A.F : Quotient CAF :

Il détermine le tarif de l'activité

ACTIVITES

1ère activité : .....

2ème activité : .....

3ème activité : .....

SI IMPOSSIBILITE DE JOINDRE LES PARENTS, A QUI CONFIER L'ENFANT ?

Nom et Prénom : .....
Tél. : .....

Règlements : Chèque ☐ Espèces ☐ Virement ☐ Prélèvements automatiques (accueil de loisirs) ☐

Souhaitez-vous recevoir par mail les avis de dépôt et les factures ?

Oui ☐ Non ☐ Mail :

Souhaitez-vous recevoir les informations du patronnage par SMS ?

Oui ☐ Non ☐

Je soussigné , responsable de l'enfant

- Autorise les responsables du PL Pilier Rouge à le faire soigner et à l'hospitaliser en cas d'urgence

  Oui ☐ Non ☐

- Autorise mon enfant à rentrer seul ?

  Oui ☐ Non ☐

- Autorise le PL Pilier Rouge à prendre en photo mon enfant

  Oui ☐ Non ☐

- Autorise le PL Pilier Rouge à utiliser ces photos pour les publications du patronage

  Oui ☐ Non ☐

A Brest, le ..... Signature,

⚠ Ce sont ces réponses que les encadrants prendront en compte alors soyez vigilants

PATRONAGE LAÏQUE DU PILIER ROUGE

FICHE D'INSCRIPTION ADULTE

Saison 2018-2019

BREST ☐ HORS BREST ☐

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : ..... Age : .....

Adresse :.....

Code postal : ..... Commune : .....

Tèl. domicile : ..... Tèl. portable : .....

Mail : .....

N° allocataire C.A.F : ..... Quotient CAF :.....

Il est nécessaire et déterminera le coût de l'activité

ACTIVITES

1ère activité : ....€

2ème activité : ....€

Total : .....€

Règlements :

Chèque ☐ Espèces ☐ Virement ☐ ~~Prélèvement automatique~~ ☐

Pas valable

Souhaitez vous recevoir les informations du patronage par SMS ?

Oui ☐ Non ☐

Ne concerne que les renouvellements

J'ai répondu oui* en ce qui concerne mon enfant joueur alors médecin obligatoire

* même pour une seule question.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT »
PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	**OUI**	**NON**
1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2 | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4 | Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6 | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À CE JOUR :	**OUI**	**NON**
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.) survenue durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 :

Pas de certificat médical à fournir.
Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

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

JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2018-2019

Nom du club : PL Pilier Rouge N° d'affiliation du club : 533506

A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité

IDENTITÉ

NOM : ..... Sexe : M ☐ / F ☐

PRENOM : ..... Nationalité : FR ☐ / UE ☐ / ETR ☐

Né(e) le : ..... /..... /..... Ville de naissance : .....

Adresse (1): .....

..... CP : ..... Ville : .....

Pays de résidence : ..... **Email (1) :** Mail obligatoire !

Téléphones : fixe ..... mobile .....

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) : ou

Dirigeant ☒ Joueur Libre ☒ Joueur Futsal ☐ Joueur Entreprise ☐ Joueur Loisir ☐

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : ..... - ..... Nom du club : .....

Fédération étrangère le cas échéant : .....

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

☐ Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

OU BIEN ☐ Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales de la FFF, cochez cette case ☐

Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales des partenaires de la FFF, cochez cette case ☐

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case ☐

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : https://www.fff.fr/e/l/qs-li.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Questionnaire seulement pour les renouvellements (N-1 N-2)

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

☐ Répondu **NON** à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.

☐ Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr ..... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs (2):

- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
  - en compétition,
  - en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4).

Pour les dirigeants :

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Date de l'examen : ..... /..... /..... (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

..... (1)

Signature et cachet (1)(5)

Cachet du médecin sur la licence !

(1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom :.....

Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom : .....

Le ..... /..... /..... Signature :

Ne pas oublier de signer

Les données personnelles recueillies, propriété de la FFF, font l'objet d'un traitement informatique par la FFF aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues et à la FFF. Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FFF via la rubrique dédiée « Protection des données personnelles » sur les sites de la FFF, des Ligues et des Districts ou par courrier postal à l'adresse suivante : FFF, Correspondant Informatique et Libertés, 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.