



www.aspvertou.fr

ASP VERTOU - FORMULAIRE D'INSCRIPTION

SPORT ADAPTE

SAISON 2022-2023

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Téléphone: _____

Adresse e-mail : _____

Sexe : M F - Dernier Club pratiqué _____ Année _____

Tuteur/Représentant légal : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom/Prénom : _____ Téléphone : _____

COTISATION LICENCE SPORT ADAPTE ► 150 €

Remise familiale :

10€ de remise sur la deuxième licence

Nom du deuxième adhérent : _____

20€ de remise sur la troisième licence

Nom du troisième adhérent : _____

Pièces à fournir obligatoirement pour obtention de la licence :

- Dossier complet (formulaire d'inscription et fiche d'autorisations)
- Certificat médical ou le coupon réponse du questionnaire de santé
- Règlement par chèque à l'ordre de « Association Sportive Pongiste de Vertou »

Tout dossier non complet ne pourra pas être enregistré, et bloquera toute pratique du tennis de table

Je **m'engage à prendre connaissance des conditions d'assurance FFTT, du règlement intérieur de l'ASP Vertou et je m'engage à les respecter.**

Décharge de responsabilités

Je soussigné(e) :

Représentant(s) légal(e) de :

- **Décharge** l'ASPV et la personne encadrante de toutes responsabilités en cas de vol ou de perte de matériel lors des déplacements, des entraînements, des stages et de toutes manifestations organisées par le club.
- **Autorise** l'encadrant à prendre toutes les **décisions qui s'imposent au cas où** la personne sous tutelle **serait victime d'un accident**.
- **Autorise le club à publier** des photos en équipe et/ou en individuel de la personne sous tutelle, dans le cadre des activités sportives, sur Internet et/ou sur tout support de communication du club.
- **Autorise** la personne sous tutelle à participer aux sorties extérieures pratiquées dans le cadre des entraînements, des stages ou des compétitions.
- Autorise la personne sous tutelle à **venir et repartir seul du lieu d'entraînement dans le cas où un de ses représentants légaux ne vient pas le chercher**

OUI

NON

Je certifie par ailleurs que je suis titulaire d'une assurance responsabilité civile qui couvrent les dommages qui pourraient être causés.

Au cours de la saison, nous allons devoir vous solliciter afin de pouvoir nous accompagner dans l'organisation de compétition, de coaching, de la gestion des déplacements, etc.

Dans le cas où j'utilise mon véhicule personnel pour un déplacement dans le cadre des activités du club, j'atteste que mon véhicule est :

- Correctement assuré, y compris pour les personnes transportées.
- Conforme aux normes actuelles sur la sécurité des véhicules (ceintures, contrôle technique, etc...)

Merci d'avance pour votre disponibilité.

Vertou, le

Nom & Signature



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT ADULTE** »

Vu le Code du sport, notamment ses articles L. 231-2 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5
Annexe II-22 (article A. 231-1) du Code du sport

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

Répondez vous-même, ou avec l'aide d'un proche, aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 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 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.

Attestation de renseignement du questionnaire de santé

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné Madame/Monsieur

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT ADULTE et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du sportif :

Pour les majeurs protégés :

Je soussigné Madame/Monsieur

, en ma qualité de représentant légal de

, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT ADULTE et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité en tant que représentant légal du sportif et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du représentant légal :

Attestation d'impossibilité de renseigner le questionnaire de santé

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné Madame/Monsieur

- *Atteste ne pas être en mesure de renseigner le questionnaire de santé QS-SPORT ADULTE ;*
- *Atteste avoir fourni à mon club un certificat médical datant de moins d'un an.*

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du sportif :

Pour les majeurs protégés :

Je soussigné Madame/Monsieur

en ma qualité de représentant légal de

- *Atteste ne pas être en mesure de renseigner le questionnaire de santé QS-SPORT ADULTE ;*
- *Atteste avoir fourni à mon club un certificat médical datant de moins d'un an.*

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité en tant que représentant légal du sportif et qu'en aucun cas celle de la FFSA ne pourra être recherchée.

Date et signature du représentant légal :



CERTIFICAT MÉDICAL D'ÉLIGIBILITÉ À LA FFSA

L'éligibilité a la FFSA

Conformément à la décision du Comité directeur du 16 juin 2018, toute personne qui a été orientée dans un établissement ou service spécialisé du milieu sanitaire, médico-social, social ou de l'éducation nationale, dont l'objet est l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental ou psychique (IME, IMPro, ESAT, Foyer occupationnel, FAM, MAS, foyer de vie pour personnes en situation de handicap mental ou de handicap psychique, SAMSAH, SESSAD, Hôpital de jour de psychiatrie et pédopsychiatrie, GEM spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, CLIS, ULIS, ITEP, MECS, etc.), est, de droit, éligible à la FFSA si elle exprime le souhait de pratiquer une discipline sportive au sein de la FFSA. Ces établissements devront être en mesure de fournir une attestation sur la situation présente ou passée de la personne.

Dans le cas contraire, il convient de faire remplir le certificat médical d'éligibilité ci-joint par le médecin traitant ou un médecin qui connaît bien le sportif et de l'adresser au médecin de la Ligue Sport Adapté ou au médecin fédéral en charge de l'éligibilité sous pli cacheté confidentiel. IL est possible de joindre également sous pli cacheté confidentiel à l'attention du médecin Le sportif peut joindre tout document médical ou de la MDPH permettant d'attester de sa situation de personnes avec handicap intellectuel, psychique ou avec TSA. Ce certificat ne dispense pas du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive en loisirs ou compétition qui doit être fourni à la première prise de licence

La Classification a pour objectif l'équité dans la compétition Les sportifs éligibles à la FFSA qui souhaiteront une pratique en compétition devront également remplir un dossier de classification qui sera à retourner à leur club



CERTIFICAT MÉDICAL D'ÉLIGIBILITÉ À LA FFSA

Ce certificat médical est à transmettre par le sportif sous pli cacheté confidentiel au médecin de sa ligue Sport Adapté ou au médecin fédéral en charge de l'éligibilité Dr Fayollet FFSA, 3 rue Cepre, 75015 Paris

Je soussigné(e) Dr, certifie avoir examiné ce jour le.....

M. / Mme (nom et prénom) né(e) le

adresse

qui sollicite une licence pour la pratique sportive au club affilié à la FFSA

et atteste qu'il/elle:

Présente : (à cocher)

Un trouble du Spectre autistique SANS déficience intellectuelle associée (Asperger) Oui Non
(Fournir les éléments de preuve du diagnostic: QI, grilles de dépistage du TSA type ADOS, ADI-R, compte rendu du centre expert ou centre ressources Autisme)

Un trouble du spectre autistique AVEC déficience intellectuelle Oui Non

☒

Un handicap mental (déficience intellectuelle avérée) Oui Non

Un handicap mental et une Trisomie 21 Oui Non

Un handicap psychique (consécutif à un trouble psychiatrique sévère, persistant et invalidant) Oui Non

Préciser le diagnostic psychiatrique :

Qui met le sportif en difficulté dans au moins deux des items suivants : (à cocher)

- Communication (troubles envahissants de la communication, difficultés à comprendre que l'autre est différent dans son mode de pensée et/ou ses émotions, difficultés à identifier les rôles de chacun, idées délirantes impactant la communication)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Socialisation (peu ou pas de curiosité et intérêt pour autrui ou loisirs, difficultés pour l'intégration dans un groupe, pour identifier et comprendre une situation sociale, pour demander de l'aide, troubles du comportement)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Motricité (ralentissement, gestes parasites)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autonomie (difficultés à s'organiser dans une situation nouvelle, difficultés cognitives impactant les capacités d'apprentissage, peu ou pas de motivation pour gestes de la vie courante, peu ou pas de motivation pour initier et persévérer dans un projet, difficultés dans la gestion du temps)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Le,
Signature du sportif :

Le,
Signature et tampon du médecin avec
numéroRPPS