



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 JEUNE** »

EN VUE DE LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ PHYSIQUE OU SPORTIVE DE L'ENFANT

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.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : 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 un garçon

Ton âge :

Il t'est déjà arrivé	OUI	NON
D'aller à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'être opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis l'année dernière		
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 eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<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 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)		
Tu te sens très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as du mal à t'endormir ou te réveilles souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu sens que tu manges mal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu te sens triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu ressens 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 ?	<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"/>
Question à faire remplir par tes parents (ne fait pas l'unanimité)		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il mort subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Attestation de renseignement du questionnaire de santé

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

Le représentant légal :

Je soussigné Madame/Monsieur

, en ma qualité de représentant légal de

, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT JEUNE 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)

Le représentant légal :

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 JEUNE ;*
- *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