

1ère INSCRIPTION RENOUELEMENT**FICHE D'INSCRIPTION
SAISON 2024/2025**PHOTO
LISIBLE**NUMERO D'ADHERENT**

Nom:

Prénom:

Date de naissance

A

CP :

Nationalité:

Adresse

N° Rue

Code postal:

Ville:

☎ Domicile

☎ Mobile

@
Email (lisible)**SECTION(S) CHOISIE(S)**

Choix 1:

Choix 2:

Choix 3:

Adhérent au Club Nautique de la Marine : Oui Non**STATUT**

(*)Le club n'est pas dans l'obligation de rembourser en cas de suspension des activités COVID-19.

- Militaire en activité / Réserviste
- Famille à charge fiscalement de militaire en activité / Réserviste
- Civil de la Défense en activité
- Retraité de la Défense
- Famille à charge fiscalement de civil de la Défense en activité
- Famille à charge fiscalement de retraité de la Défense

MINARM

J'atteste avoir pris connaissance du règlement des adhérents et certifie l'exactitude des renseignements fournis.

DATE : _____

Signature de l'adhérent / ou de son représentant légal NAVAL GroupHORS
MINARM Extérieur au Ministère des ArméesJ'atteste avoir répondu **NEGATIVEMENT** à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé CERFA 15699*01.

Conformément à la réglementation générale des données personnelles (RGPD), toutes les données nominatives sont intégrées au système d'informations de la FCD donc sécurisées.

Cession du droit à l'image Oui NonJ'adhère à l'assurance complémentaire: Oui Non**RESERVE AU SERVICE****PIECES A FOURNIR**

- Justificatif défense (Bulletin de solde, carte professionnelle, acte d'engagement réserviste...)
- Justificatif de lien matrimonial ou filial (livret de famille, PACS)
- 1 photo d'identité
- Certificat médical Date : _____ ou Questionnaire de santé (au VERSO)

MONTANT DE L'ADHESION**MODE DE REGLEMENT (paiement en 3 fois à partir de 100 €)**

Licence FCD

19 €

CHEQUE 1

Cotisation CSAM

CHEQUE 2

Cotisation section 1

CHEQUE 3

Cotisation section 2

ANCV

Cotisation section 3

CB

Licence(s)

PASS SPORT

Cours

TOTAL**TOTAL**

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 inexplicquée ?	<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.		