

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

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

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 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"/>
A 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 atteste, 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 QUESTIONNAIRE MEDICAL



Vu le Code du Sport Article A. 231-1 et son Annexe II-22

Vu le Règlement Médical Fédéral

Vu le Règlement Administratif et Sportif de la F.F.P.J.P.

Dans le cadre du renouvellement de ma licence à la F.F.P.J.P,

Je soussigné(e) M/Mme.....atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. A défaut, fournir un certificat médical datant de moins d'un an.

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme....., en ma qualité de représentant légal de....., atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. A défaut, fournir un certificat médical datant de moins d'un an.

Je suis informé que la responsabilité de la FFPJP et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement du formulaire.

Fait àle

Signature du joueur (ou de son représentant légal) :

NB : A conserver par le Comité Départemental tout au long de la saison sportive en cours

FEDERATION FRANCAISE DE PETANQUE ET JEU PROVENÇAL

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport



Certificat médical

Je soussigné, Dr, certifie que

Melle, Mme, Mr.....

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la Pétanque et du Jeu Provençal. (Dans le cas d'une première licence sportive)

Ne présente aucune contre-indication à la pratique de la Pétanque et/ou du Jeu Provençal en compétition.

Fait à, le.....

CACHET ET SIGNATURE

Extraits du Règlement médical de la F.F.P.J.P. :

La première délivrance d'une licence F.F.P.J.P. est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la Pétanque et du Jeu Provençal.

La participation aux compétitions est subordonnée à la présentation d'une licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition qui doit dater de moins d'un an.

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique).

Il n'y a pas de contre-indications médicales spécifiques à la pratique de la Pétanque et du Jeu Provençal. Les contre-indications relatives et absolues à la pratique sont celles communes aux autres activités sportives.



Fédération Française de Pétanque et de Jeu Provençal

COMITE DEPARTEMENTAL
CLUB
SECTEUR.....

SAISON 2019



CREATION RENOUELEMENT DUPLICATA MUTATION

(Cochez case correspondante)

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance/...../.....

Sexe M F NATIONALITE F U E

Adresse

Code Postal..... Ville.....

Courriel :@..... Tél :

CLASSIFICATION

N° de licence

ELITE HONNEUR PROMOTION

Je fournis une PHOTO D'IDENTITÉ et j'accepte d'être photographié pour que ma photo soit téléchargée sur le logiciel fédéral de gestion des licences.

Le demandeur est susceptible de recevoir des offres commerciales de partenaires commerciaux de la F.F.P.J.P. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

CERTIFICAT MEDICAL

- **Pour les nouveaux licenciés** : fournir un certificat médical datant de moins d'un 1 an ;
- **Pour les renouvellements** : certifie avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. (A défaut fournir un nouveau certificat médical).

Pour les mineurs : Je soussigné(e) M/Mme..... en ma qualité de représentant légal de....., atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Je suis informé que la responsabilité de la FFPJP et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement du formulaire.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, père / mère/ tuteur légal, autorise le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, à pratiquer la Pétanque et le Jeu Provençal au sein de l'Association, ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.

Personne à contacter en cas d'accident : (Nom : Tél :))

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste :

- Avoir été informé qu'avec la licence, j'adhère simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de MMA Assurances, par la F.F.P.J.P., conformément à l'article L.312-1 du Code du Sport, des garanties et de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels (non obligatoire).
Nb : le coût de cette assurance non obligatoire accordée en base dans la licence est de 0.35€.

Si je ne souhaite pas souscrire cette assurance de personnes, cochez cette case

- Avoir été informé de l'intérêt de **souscrire les garanties complémentaires optionnelles**, accidents corporels, correspondant à l'option "avantage" de la compagnie d'assurance, M.M.A conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport.

SIGNATURE DU JOUEUR

ou du REPRESENTANT LEGAL

Les données personnelles figurant sur ce document font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement de gestion des licences. Conformément à la loi n° 2018/493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous avez le droit d'accéder et de demander une copie des données traitées vous concernant, de faire rectifier des données inexactes et de faire bloquer, effacer ou détruire des données, selon les circonstances et sous conditions, de vous opposer au traitement de vos données ou de restreindre ce traitement, selon les circonstances, de récupérer les données dans un format informatique lisible (portabilité).

Pour toutes ces demandes, contactez votre club ou écrivez-nous à : sve@petanque.fr



Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal
INFORMATIONS ASSURANCE
SAISON 2019



La FFPJP a souscrit auprès de MMA par l'intermédiaire de l'agence M. JONDERKO - G. ROBERT - 19 Bld Victor HUGO
 CS 91017 30906 NIMES Cedex 2 Mail : jr@mma.fr - Tél : 04.66.76.25.90,
 le contrat N° 118 270 222 pour la saison sportive c ourant du 01/01/2019 au 31/12/2019.

Ce contrat couvre dans les termes et conditions détaillées au contrat qui est disponible sur demande de l'assuré à l'assureur, les personnes et activités suivantes :

Personnes assurées :

- Les préposés et dirigeants des structures et des clubs FFPJP, les licenciés, les membres des équipes de France, les animateurs, entraîneurs, arbitres, juges, bénévoles, et plus généralement toute personne ayant la qualité de préposé ;

Activités assurées :

- Organisation, pratique et enseignement des disciplines dispensées et agréées par la Fédération Française de Pétanque et de Jeu provençal à l'occasion de : Compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales, entraînements, formations, initiations, stages, actions de promotion, activités périscolaires, exercice d'autres activités sportives lorsqu'elles sont organisées par une personne morale assurée ;

Nature et montant des garanties accordées :

	GARANTIES DE BASE	OPTION AVANTAGE (en complément des garanties de base)
RESPONSABILITE CIVILE		
- Dommages corporels, matériels et immatériels	15 250 000 €	
dont Dommages matériels et immatériels consécutifs	3 000 000 €	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS		
(Accordée aux titulaires d'une licence FFPJP et <u>ayant souscrit</u> à la Garantie de base « ACCIDENTS CORPORELS »)		
Décès (y compris événement cardio-vasculaire, étouffement, rupture d'anévrisme)	Si - de 16 ans : 5 000 € Si 16 ans ou plus : 16 000 €	Si - de 16 ans : 8 000 € Si 16 ans ou plus : 45 000 €
Majoration du capital de 2 500 € si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé), et par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		
Indemnité suite à coma		
Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma (maxi 50 semaines)	
Remboursement de soins	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale	
- Frais hospitaliers	Selon montant légal (100%)	
- Chambre particulière	30 EUR / jour, maxi 30 jours	
- Prothèse dentaire, par dent (forfait)	450 EUR	
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	450 EUR	
- Prothèse auditive, par appareil (forfait)	450 EUR	
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles,...)	1 000 EUR	
Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 EUR	
Incapacité temporaire	porté à 3 000 EUR pour les transports par hélicoptère	
Frais de rattrapage scolaire	16 € / jour maxi 365 jours	
Frais de redoublement de l'année d'études	1 600 € en cas d'arrêt > 2 mois	
Frais de formation professionnelle pour une reconversion professionnelle	1 600 € en cas d'arrêt > 2 mois 1 600 € à compter de 35 % d'IPP	700 EUR 700 EUR 700 EUR 1 000 EUR
		47 € / jour maxi 365 jours

Souscription des garanties complémentaires en cas d'accident corporel :

Consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle et conformément aux dispositions de l'article L.321-6 du Code du sport, la FFPJP propose aux licenciés qui le souhaitent de souscrire des garanties complémentaires au-delà des garanties de base offertes par la licence.

- ➔ Pour souscrire l'option « avantage », remplissez, datez et signez le bulletin d'adhésion disponible sur le site de la FFPJP : <https://www.mma-assurance-sports.fr/ffpjp/>
- ➔ Renvoyez-le accompagné d'un chèque d'un montant de **7,00 € TTC** libellé à l'ordre de l'agence :

M. JONDERKO - G. ROBERT - Mail : jr@mma.fr
19 Bld Victor HUGO CS91017 - 30906 NIMES Cedex 2

Important : ce document est un résumé du contrat d'assurance et de sa notice d'assurance. Tous deux sont disponibles dans leur version complète avec les exclusions sur le site de la FFPJP ou sur demande à vos assureurs conseils M. JONDERKO - G.ROBERT

✂ A découper et à garder dans l'étui de la licence ➤

AUTORISATION PARENTALE pour les moins 18 ans	CERTIFICAT MEDICAL
Personne ayant autorité Nom, Prénom _____ Adresse _____ Code postal et Ville _____ Lien de Parenté _____ Autorise le licencié, possesseur de cette licence à pratiquer la pétanque et le jeu Provençal au sein de l'Association, ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.	Je soussigné, certifie que Mr/Mme _____ Porteur de cette licence, ne présente aucune Contre-indication à la pratique sportive de la Pétanque et du Jeu Provençal. Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Docteur : _____ (Cachet et signature du Médecin)
En cas d'accident, Personne à prévenir : Nom, Prénom _____ Lien de Parenté _____ Tél Domicile _____ Tél Travail _____ Signature :	

✂

✂ A découper et à garder dans l'étui de la licence ➤

AUTORISATION PARENTALE pour les moins 18 ans	CERTIFICAT MEDICAL
Personne ayant autorité Nom, Prénom _____ Adresse _____ Code postal et Ville _____ Lien de Parenté _____ Autorise le licencié, possesseur de cette licence à pratiquer la pétanque et le jeu Provençal au sein de l'Association, ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.	Je soussigné, certifie que Mr/Mme _____ Porteur de cette licence, ne présente aucune Contre-indication à la pratique sportive de la Pétanque et du Jeu Provençal. Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Docteur : _____ (Cachet et signature du Médecin)
En cas d'accident, Personne à prévenir : Nom, Prénom _____ Lien de Parenté _____ Tél Domicile _____ Tél Travail _____ Signature :	

✂

✂ A découper et à garder dans l'étui de la licence ➤

AUTORISATION PARENTALE pour les moins 18 ans	CERTIFICAT MEDICAL
Personne ayant autorité Nom, Prénom _____ Adresse _____ Code postal et Ville _____ Lien de Parenté _____ Autorise le licencié, possesseur de cette licence à pratiquer la pétanque et le jeu Provençal au sein de l'Association, ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.	Je soussigné, certifie que Mr/Mme _____ Porteur de cette licence, ne présente aucune Contre-indication à la pratique sportive de la Pétanque et du Jeu Provençal. Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Docteur : _____ (Cachet et signature du Médecin)
En cas d'accident, Personne à prévenir : Nom, Prénom _____ Lien de Parenté _____ Tél Domicile _____ Tél Travail _____ Signature :	

✂

✂ A découper et à garder dans l'étui de la licence ➤

AUTORISATION PARENTALE pour les moins 18 ans	CERTIFICAT MEDICAL
Personne ayant autorité Nom, Prénom _____ Adresse _____ Code postal et Ville _____ Lien de Parenté _____ Autorise le licencié, possesseur de cette licence à pratiquer la pétanque et le jeu Provençal au sein de l'Association, ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.	Je soussigné, certifie que Mr/Mme _____ Porteur de cette licence, ne présente aucune Contre-indication à la pratique sportive de la Pétanque et du Jeu Provençal. Fait à _____ le ____ / ____ / ____ Docteur : _____ (Cachet et signature du Médecin)
En cas d'accident, Personne à prévenir : Nom, Prénom _____ Lien de Parenté _____ Tél Domicile _____ Tél Travail _____ Signature :	



Fédération Internationale de Pétanque et Jeu Provençal

Siège social : **13, rue Trigance – 13002 MARSEILLE – FRANCE -**

Tél. : (33) 04 91 14 05 80 – Fax : (33) 04 91 90 96 89

e-mail : fipjp@fipjp.com – Site Internet www.fipjp.org

Fédération :

MUTATION INTERNATIONALE / INTERNATIONAL TRANSFERT

Date :

Nom et Prénom du joueur
(Name & First Name of the player)

Date de Naissance : Nationalité :
(Date of Birth) (Nationality)

Numéro de Licence :
(Licence Number)

Signature du Joueur Player Signature

Fédération Quittée :
Federation Left

Cachet et Signature Club Stamp and Club Signature	Cachet et Signature Fédération Stamp and Federation Signature	Obs

Fédération Rejointe :
Federation joined

**Seulement pour les ressortissants hors U.E
Only for people outside of European Union**

JUSTIFICATION DE LA DOMICILIATION DANS LE NOUVEAU PAYS JUSTIFICATION OF THE DOMICILIATION ACTIVITY

OU/OR

Lieu d'exercice d'une activité professionnelle :

° Activité Professionnelle :
(Professional Activity)

° Adresse de l'entreprise :

OU/OR

Adresse d'une résidence dans le pays rejoint :

(Address of a residence in the country of reaffiliation)

° Ville :
(Town)

° Adresse :
(Address)

Joindre le ou les justificatifs requis
The required certificate(s) should be enclosed