

Logo du club

BULLETIN D'ADHESION SAISON 2025-2026
au (nom du club)
Valable du 1er septembre 2025 au 31 août 2026



Êtes-vous adhérent(e) au club (ou dans un autre club FCD) précédemment ? ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous adhérent(e) d'un autre club de la FCD cette saison ? ☐ OUI ☐ NON si OUI, n° de licence :

INFORMATIONS DE L'ADHÉRENT

Civilité : ☐ H ☐ F NOM : Prénom :

NOM DE NAISSANCE :

Êtes-vous responsable bénévole (dirigeant, conseiller technique, éducateur/animateur, responsable d'activité(s), juge/arbitre, formateur) ¹ : ☐ OUI ☐ NON

si OUI, indiquez pour le contrôle d'honorabilité

NOM et Prénom du père :

NOM et Prénom de la mère :

Lieu de naissance : Code postal : Ville : Pays :

Date de naissance : __/__/____ Nationalité : ☐ française ☐ autre, laquelle

Courriel personnel :

☐ J'accepte de recevoir l'infolettre de la FCD, de ma ligue ou de mon club par courrier électronique

☐ J'accepte de recevoir les informations de nos partenaires par courrier électronique

Adresse : N° ____ Rue/Voie :

Complément :

Code postal : Ville : Pays :

Tél domicile : __/__/__/__/__ Tél travail : __/__/__/__/__ Tél portable : __/__/__/__/__

Personne à contacter en cas d'urgence : (NOM et Prénom) : Tél : __/__/__/__/__

Êtes-vous un personnel : **Défense en activité** **Défense en non-activité** ☐ **Extérieur défense**

☐ Officier

☐ Réserviste

☐ Sous-officier

☐ Ancien militaire (retraité ou pas)

☐ Militaire du rang

☐ Ancien civil (retraité ou pas)

☐ Civil

☐ Famille

Si vous êtes personnel du MINARM / DGGN :

Établissement MINARM / DGGN : Service :

Êtes-vous : ☐ en situation de handicap ☐ atteint d'une affection de longue durée (ALD) et assuré(e) à la CNMSS

Tout licencié, se déclarant en situation de handicap, ou tout assuré relevant de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) atteint d'affection de longue durée (ALD) ou d'affection chronique, bénéficie de la gratuité de la licence fédérale (22,00 €).

Activité(s) pratiquée(s) :

~	☐	~	☐	~	☐
~	☐	~	☐	~	☐
~	☐	~	☐	~	☐
~	☐	~	☐	~	☐

Type d'adhésion : ☐ cotisation annuelle permanente ☐ titre temporaire ☐ titre temporaire particulier

Je soussigné(e)

atteste :

(NOM Prénom du licencié ou du représentant légal)

CERTIFICAT MÉDICAL

Pour les majeurs :

☐ avoir remis un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique en compétition des disciplines à contraintes particulières.

☐ avoir répondu « non » à l'ensemble des rubriques du « Questionnaire Santé - FCD » de la saison 2025/2026, pour la pratique d'activités physiques et/ou sportives d'entretien-loisirs ou de compétition, hors disciplines sportives à contraintes particulières.

☐ avoir répondu « oui » à une ou plusieurs des rubriques du « Questionnaire Santé - FCD » de la saison 2025/2026, pour la pratique d'activités physiques et/ou sportives d'entretien-loisirs ou de compétition, hors disciplines sportives à contraintes particulières. Je fournis le certificat d'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et/ou sportives.

Pour les mineurs :

- ☐ avoir répondu « non », conjointement par moi-même et les personnes exerçant l'autorité parentale, à l'ensemble du questionnaire relatif à mon état de santé, pour la pratique de la ou des activités physiques et sportives, hors disciplines sportives à contraintes particulières.
- ☐ avoir répondu « oui » à une ou plusieurs des rubriques du questionnaire relatif à mon état de santé pour la pratique de la ou des activités physiques et sportives, hors disciplines sportives à contraintes particulières. Je fournis le certificat d'absence de contre-indication à la pratique d'activités physiques et/ou sportives.

CONTRÔLE D'HONORABILITÉ

- ☐ avoir été informé que ma fonction en tant que responsable bénévole (dirigeant, conseiller technique, éducateur/animateur, responsable d'activité(s), juge/arbitre, formateur) au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du Code du sport m'impose la prise de licence FCD.
- ☐ avoir été informé que les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FCD aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du Code du sport soit effectué.
- ☐ avoir compris et accepté le contrôle d'honorabilité.

¹ Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce comme dirigeant, d'animateur, arbitre, juge, formateur ou bénévole. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

ASSURANCES

- ☐ reconnaître avoir pris connaissance des garanties minimales souscrites par la FCD auprès de la GMF/SAUVEGARDE.
- ☐ reconnaître avoir pris connaissance des garanties complémentaires proposées par la FCD auprès de la GMF/SAUVEGARDE (capitaux décès, invalidité permanente totale suivants, indemnité journalière)
- ☐ Je ne souscris pas à ces garanties complémentaires.
 - ☐ Je souscris à la formule : ☐ 1 (28 €) ☐ 2 (38 €) ☐ 3 (43 €)
 - ☐ Je souscris à l'assurance chasse (option) : 6 €
- ☐ reconnaître avoir été tenu informé de l'existence de garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique, ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

DROIT À L'IMAGE ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

- ☐ en tant que majeur, renoncer à mon droit à l'image et autoriser, à titre gratuit, le club, la ligue ou la Fédération à procéder à des captations d'images et à les utiliser et diffuser sur tous supports de communication audiovisuels.
- ☐ autoriser, à titre gratuit, le club, la ligue ou la Fédération à procéder à des captations d'images de mon enfant et à les utiliser sur tous supports de communication.

Vos données sont indispensables pour assurer le traitement et l'obtention de la licence FCD. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la FCD (services, ligue et club) et peuvent être utilisées pour vous tenir informé des activités et des propositions de la FCD ou de la Ligue. Vous pouvez à tout moment consulter les informations qui vous concernent sur votre espace adhérent SYGELIC et intervenir auprès du club pour les modifier.

Vos données seront conservées tant que vous serez licencié(e) à la FCD. Elles ne sont jamais vendues et/ou communiquées sans votre accord à des tiers.

Délégué à la protection des données : Fabien Bossus – Courriel : dpd@lafederationdefense.fr.

AUTRES AUTORISATIONS

- ☐ reconnaître avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des règlements internes de l'association et m'engage à les respecter.
- ☐ reconnaître accepter les risques inhérents à la pratique des activités pratiquées.
- ☐ autorise le responsable de l'activité à prendre les dispositions utiles en cas d'accident de mon enfant, d'urgence médicale ou chirurgicale, toutes les mesures seront prises pour nous contacter.
- ☐ au cas où l'on ne pourrait pas nous joindre, autorise le responsable de l'activité à prendre toutes les dispositions nécessaires y compris une hospitalisation ou une intervention chirurgicale sans attendre mon accord.

Licence FCD de 22,00 € + Cotisation de l'association de ____ € + Participation aux activités de ____ €

+ souscriptions optionnelles (garanties complémentaires ou assurances chasse) de ____ €

Paiement par : ☐ CB ☐ Espèces ☐ Chèque n° _____ ☐ Autre moyen de paiement : _____

Banque : _____

Fait à : Le : __ / __ / ____

Signature de l'adhérent majeur
(ou du représentant légal pour l'adhérent mineur)
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de l'adhérent mineur

Responsable d'activité : **NOM :**
Prénom :
Date : __/__/____ **et** Signature du responsable d'activité

Représentant du Comité directeur du Club : **NOM :**
Prénom :
Date : __/__/____ **et** Signature du représentant du Comité directeur du Club

Documents à remettre au club

- | |
|---|
| <p>☐ Le BULLETIN de demande d'ADHESION dûment certifié et signé</p> <p>☐ Une PHOTO d'identité</p> <p>☐ Un CERTIFICAT MEDICAL pour la pratique des activités à contraintes particulières ou pour toute réponse « oui » au « Questionnaire Santé - FCD » (majeur ou mineur)</p> <p>☐ Le PAIEMENT de la cotisation annuelle incluant la licence FCD</p> |
|---|

Documents à conserver par l'adhérent(e)
--

- | |
|---|
| <p>☐ Le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD renseigné ou le QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD</p> <p>☐ L'ATTESTATION DE COTISATION</p> |
|---|

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 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 :			
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 ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
10.	Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	☐	☐
<i><u>NB</u> : 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.			

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant d'autorité : 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 : _ _ ans
Depuis l'année dernière		OUI NON N
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	☐	☐
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	☐	☐



Exemplaire à conserver par l'adhérent(e)

ATTESTATION DE COTISATION

Je soussigné(e) (NOM Prénom du (de la) président(e)
président(e) du club (nom du club)
dont le siège social est (adresse du siège du club), certifie que :

M.

Mme

.....
NOM Prénom de l'adhérent(e)

s'est acquitté(e) de sa cotisation pour la saison 2025-2026 pour un montant de _ _ _ _ euros.

Cette attestation confirme son statut de membre adhérent, ouvrant le droit à la participation aux assemblées générales du club.

Fait à : **Le :** _ _ / _ _ / _ _ _ _

Pour le club (nom du club)

Signature du (de la) président(e)

Cachet du Club :

(adresse du club)

Déclarée à la préfecture de