



Fédération Française de Pétanque et de Jeu Provençal

COMITE DEPARTEMENTAL71.....
 CLUB ...PETANQUE PAROISSIENNE.....
 SECTEUR...DIGONNAIS.....
SAISON 2020



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'IDENTITE 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. Vu le Règlement UE 2016/679 et la directive (UE) 2016/680, vu la loi de n°78-17 modifiée et le Décret n° 2019-536 relatif 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 inexacts 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

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.



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 club ou le Comité Départemental tout au long de la saison sportive en cours



QUESTIONNAIRE DE SANTE : LICENCE 2020



RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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"/>
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"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** Vous devez fournir un certificat médical datant de moins d'un an.
Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.
- **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** vous n'avez pas à fournir de certificat médical pour le renouvellement de votre licence (sauf si vous êtes licenciés depuis 2017 auquel cas, un nouveau certificat médical est obligatoire).
Remplissez le document « Attestation Certificat médical »

PETANQUE PARODIENNE

4, rue Pierre Lathuiliere

71600 PARAY LE MONIAL

DECHARGE DE RESPONSABILITE

(A fournir pour l'obtention d'une carte de membre, accompagnée d'une attestation d'assurance responsabilité civile)

Je soussigné(e) Mr/Mme _____
né(e) le _____ à _____, décharge de
toute responsabilité, par le présent document, l'association Pétanque Parodienne, ainsi que les
membres du bureau et le(s) président(s), pour ma pratique de la pétanque et de toutes autres
activités sur le site du boulodrome municipal de Paray le Monial.

Je renonce à faire valoir toute revendication, de quelque nature qu'elle soit, auprès de
l'association et de ses membres. Ceci concerne en particulier les cas d'accident, blessure, vol,
dégâts sur les biens personnels ou autre se produisant sur le site du boulodrome.

Je suis informé(e) qu'il m'appartient de souscrire personnellement à une assurance maladie /
accident et responsabilité civile.

Je me porte également garant(e) financier en cas de dégradation volontaire ou involontaire que
je pourrais occasionner.

Le refus de signer cette décharge de responsabilité, ou de fournir une attestation d'assurance,
réserve le droit à l'association Pétanque Parodienne de ne pas me délivrer de carte de membre.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature :