BULLETIN d'ADHESION SAISON 2025-2026
AU DELA DE NOS HANDICAPS…
Valable du 1er septembre 2025 au 31 août 2026

Étiez-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 : .....

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 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

Dépendez-vous de l'entraide :

Parachutiste ☐ **Date et numéro de brevet : _____**

Montagne ☐

Marine ☐

Air ☐

Gendarmerie ☐

Pompier ☐

Autres ☐ **Précisez :_____**

Membre adhérent, je règle par chèque, à l'ordre de " ***Au-Delà de nos Handicaps*** ",
le montant de mon adhésion pour l'année : 2024/2025 à savoir 30,00 € par année (assurance comprise).

Si vous êtes **une personne en situation de handicap et adhérent de la CNMSS (Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale),** sur présentation d'un justificatif (PMI, RQTH, CLDM pour les personnes en cours d'expertises).
Le montant de mon adhésion pour l'année : 2025-2026 à savoir 15,00 € (assurance RC comprise).

Je soussigné(e)
..... atteste :

DROIT Á L'IMAGE ET PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

❑ **Autoriser l'association « *Au-Delà de nos Handicaps* », à utiliser les images (photos et vidéos) prises dans le cadre des activités de l'association et dans lesquelles j'apparaîtrais, à toutes fins de promotions de ses projets de soutien à l'accompagnement du handicap** ;

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

❑ reconnaitre avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des règlements internes de l'association et m'engage à les respecter.

❑ reconnaitre accepter les risques inhérents à la pratique des activités pratiquées.

❑ autorise le responsable de l'activité à prendre les dispositions utiles en cas 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.

Exemplaire à conserver par l'adhérent(e)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence pour les activités sportive.

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

<u>A remplir par l'association</u>

ATTESTATION DE COTISATION

Je soussigné DEMOULIEZ GEOFFREY

Directeur des activités de l'association ADH

dont le siège social est 459 chemin de la source, 14 clos Pascal 83300 DRAGUIGNAN 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 l'association Adh .....

Signature du directeur des activités :