



Dossier inscription oups 2024.2025

Pièce à fournir obligatoirement

- Dossier ci joint rempli
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive
- Copie de la carte d'invalidité
- Règlement de l'adhésion (qui comprend la prise de licence)

Attention tout dossier incomplet aux vacances de la Toussaint l'enfant ne pourra pas reprendre au retour des vacances.



Fiche autorisation transport année 2024-2025

Je soussigné.parent ou tuteur légal de..... autorisé les encadrants de l'association OUPS d'effectuer avec leur voiture personnelle les transports,mais aussi en trafic, de mon enfant entre les activités de la journée ou soirée ou il est inscrit.

Signature précédée de la mention "lu et approuvé "

Objectif Union Par le Sport



Fiche autorisation prise de vue année 2024-2025

Je soussigné.parent ou tuteur légal de..... autorise les responsables de l'association O.U.P.S à utiliser les photographies et films réalisés durant les activités à des fins de communication (brochures d'activités,dossiers de présentation, page Facebook (groupe fermé)..)

Oui

Non

Date et Signature précédées de la mention "lu et approuvé "



Fiche sanitaire 2024-2025

Nom-prénom de l'utilisateur:

Sexe:

Établissement fréquenté :

Date de naissance:

Parents ou tuteurs légaux :

Téléphone :

e-mail:

Adresse postale:

Médecin_:

Téléphone :

Pass sanitaire:oui/non

A savoir:

Allergies oui non si oui lesquelles:

Enuresie: oui non

Nage: oui non

Gère son argent: oui non

Se lave seul: oui non

Mange seul: oui non

S'attache seul: oui non

Verbal: oui non si non moyen de communication:

Objectif Union Par le Sport



Reste attaché oui non

Violence : oui non terreurs nocturnes: oui non

Automutilation: oui non vertige: oui non

Pointure:

Traitement médicamenteux : oui non (si oui copie ordonnance médical à fournir)

Médicaments	Matin	midi	soir	couché

Attention ordonnance obligatoire avec les médicaments lors du séjour, photocopie vaccinations et carte vitale. Merci!!

Objectif Union Par le Sport



Fiche adhésion année 2024-2025

Je soussigné.parent ou tuteur légal de adhère
à l'association OUPS afin de pouvoir participer à ses activités durant l'année scolaire 2024.2025 pour un
montant de :

-si licencié dans un autre établissement 13 euros

-si pas de licence 53 euros

Si vous ne savez pas si votre enfant est licencié par l'établissement n'hésitez pas à nous demander nous
vérifierons.

Date et Signature précédées de la mention "lu et approuvé "

Objectif Union Par le Sport



FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2024/2025

Ce formulaire doit être rempli, signé, accompagné du certificat médical et/ou du questionnaire santé QS - SPORT.
L'ensemble de ces documents doit être conservé par le club.

RÉGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

Nom du club FFSA : _____ N° d'affiliation FFSA : _____

Identité et type de licence

En cas de renouvellement de la licence

Nom : _____ N° de licence FFSA : _____
Nom de jeune fille : _____ Sexe : masculin féminin
Prénom : _____ Nationalité : _____
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Département : _____ Commune de naissance : _____
Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____
E-Mail du licencié : _____ Téléphone : _____

Licence Adulte - compétitive ⁽¹⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Adulte - non compétitive ⁽¹⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Jeune - compétitive ⁽¹⁾ _____ 30 € (dont quote-part régionale : 7 €)
 Licence Jeune - non compétitive ⁽¹⁾ _____ 30 € (dont quote-part régionale : 7 €)
 Licence Dirigeant/bénévole/Educateur sportif bénévole ou professionnel ⁽³⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Autre pratiquant ⁽¹⁾ _____ 40 € (dont quote-part régionale : 12 €)
 Licence Officiel, Juge et arbitre ^{(2) (3)} _____ 0 €

Qualification(s) FFSA obtenue(s) : _____
Discipline(s) sportive(s) : _____ Date d'obtention : ____ / ____ / ____

(1) Certificat médical obligatoire (adulte) ou questionnaire de santé (mineur et renouvellement adulte)
(2) Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et ski (hors officiels de table de marque).
(3) **Information des licenciés** : « La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif, de dirigeant, d'officiel, d'encadrant salarié ou bénévole, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du Code du Sport. À ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'État afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du Code du Sport soit effectué. ». « J'ai compris et j'accepte ce contrôle », voir page 2 de ce formulaire.

Médical

Date du certificat médical ou Questionnaire de santé :

____ / ____ / 20____
 Avec contre-indication Sans contre-indication

Pratique en compétition OUI NON

Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :

OUI NON

Droit à l'image

Assurance

Attention : L'assurance Responsabilité civile couvrant les activités physiques et sportives est **obligatoire** mais non imposée par la FFSA. La garantie « individuelle accidents » est **facultative** mais vivement recommandée.

Rappel : l'assurance Responsabilité Civile (R.C) ne couvre que les accidents causés aux tiers.

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante : (Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3	<input type="checkbox"/> Autre
RC fédérale et assistance MAIF	(RC comprise)	(RC comprise)	(RC comprise)	(Sans RC)
0,85€	1,85€	4,50€	9,05€	* (1)

(1) Je ne souhaite pas souscrire à la RC fédérale, j'atteste sur l'honneur avoir souscrit une autre assurance RC couvrant les activités physiques et sportives pratiquées dans le cadre de la FFSA.

Je soussigné(e) président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Date : _____

Signature du (de la) président(e) et cachet du club

Je souhaite adhérer à la FFSA et pratiquer des activités sportives adaptées correspondant à mes choix. Je déclare également avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____

Signature du licencié

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____

Signature de son représentant légal

Objectif Union Par le Sport



Inscription prise en charge de groupe et ou individuelle attention nombre de place limitées et nous priorisons ceux déjà présents sur le créneau l'année dernière.

Activité	Jour	Lieu	Horaire	Coût en euros (annuel)	Moyen de paiement	Nombre de paiement	Oui /non
Athlétisme	Mardi	Stade delort	18h 19h30	350	Espèce cheque virement		
Mercredi	Sport collectif (basket)	fontainieu	10h30 12h	500	Espèce cheque virement		
Mercredi	Piscine	La grainière	17h 18h30	500	Espèce cheque virement		
Jeudi	Piscine	Vallier	17h15 18h30	500	Espèce cheque virement		
Vendredi	Escalade	Climb up aubagne	14h 16h	900	Espèce cheque virement		
Samedi	Piscine	Saint Charles	9h 10h30	500	Espèce cheque virement		
Samedi	Piscine	Saint Charles	10h30 12h	500	Espèce cheque virement		
Samedi	Cirque/gym	Gymnase Leca	14h 16h	500	Espèce cheque virement		

Je souhaite pour mon enfant une prise en charge plutôt individuelle

Activité :

Jour :

Durée :