

- FICHE D'INSCRIPTION individuelle « animateur »

Animateur / Accompagnateur (Nom, Prénom) :

Date de naissance : Lieu de naissance Sexe :
Taille (cm) : Poids (Kg) : Taille de Tshirt : (un t-shirt sera offert)
Tél : Email :
Possède un VTT et viendra avec oui Non

Statut dans le cadre du raid :

Salarié* Bénévole* Autre (précisez) :
(*Barrer la mention inutile)
Nom de l'employeur :
Adresse de correspondance :
Tél : Mail :

DOCUMENTS OBLIGATOIRES À JOINDRE A CETTE FICHE

* Documents téléchargeables sur notre site internet

- Photocopie de la carte d'identité
- La fiche sanitaire « animateur » de liaison renseignée
- Photocopie de la carte vitale
- La fiche de droit à l'image « adulte » signée
- Le règlement d'Ent'Raid 2017 signé
- Certificat médical de non contre indication de la pratique du raid sportif multisports en compétition, **de moins d'un an**
- Le bulletin de prise de licence UFOLEP saison 2016/2017 signé et renseigné
- Photocopie du diplôme PSC1 (si en possession)
- Photocopie des diplômes d'animation culturelle ou sportive (ex : BAFA, CQP, BPJEPS...)

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) :

Atteste avoir pris connaissance du règlement d'Ent'Raid et accepter toute les conditions, savoir nager au moins 25m et m'immerger et atteste l'exactitude des informations communiquées précédemment.

Fait à :

Le :

Signature de l'animateur :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ANIMATEUR

L'ADULTE

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 HOMME FEMME

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations). **pas de photocopie**
 Etes vous à jour de vos vaccinations ? Oui Non

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Suivez vous un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non
 Si oui, précisez :

.....

A titre indicatif Avez vous DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES
 oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....

3- PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

Je soussignée, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour et toutes personnes désignée par lui, à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par mon état.

Date : Signature :

AUTORISATION SUR LA LIBRE UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussigné (e) :

Demeurant :
.....
.....

Autorise la prise de vues et la publication des images sur lesquelles j'apparais, ceci sur différents supports (articles, vidéo, internet) et sans limitation de durée.
L'UFOLEP Gironde, s'interdit d'utiliser l'image de mon dans des domaines susceptibles de porter atteinte à sa vie privée, de lui nuire ou lui porter préjudice.

Fait à :

Le :

Signature :

Remplir le document au stylo noir et écrire en lettres majuscules. Votre bulletin d'inscription sera validé à compter de sa date de réception par la Fédération départementale.

la ligue de l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

BULLETIN D'INSCRIPTION - SAISON 2016/2017 D'UN MEMBRE D'UNE ASSOCIATION AFFILIÉE

La saison 2016/2017 commence le 1^{er} septembre 2016 et se termine le 31 août 2017

Bulletin
saisi sur
Webaffiligue
 Oui Non

- (1) En communiquant votre adresse email vous recevrez 5 fois par an notre revue «Enjeu, une autre idée du sport».
- (2) Consultez le règlement technique Ufolep précisant les notions d'animateur et d'officiels sportifs.
- (3) Les codes correspondant à vos réponses figurent au verso de ce bulletin
- (4) Veuillez vous reporter au règlement médical 2008 de l'UFOLEP.
- (5) Le certificat médical sera remis au Président de l'association (original ou copie).
- (6) Le nom du médecin sera renseigné si l'association a choisi de contrôler et conserver les certificats médicaux.
- (7) Concerne toutes les activités pratiquées où le certificat médical est obligatoire uniquement à la 1^{ère} délivrance de la licence s'il n'y a pas de pratique compétitive. Consultez au verso la liste des activités marquées par un (12). Concerne également le cas où le médecin

- mentionne une interdiction de faire de la compétition. Dans les 2 cas, la licence UFOLEP portera la mention «Pas de pratique compétitive».
- (8) La photocopie de votre CASM doit être transmise avec votre demande de licence. Si toutes les données sont remplies la licence portera la mention «Licence Sport motocycliste».
 - (9) Cette information est facultative et soumise au libre consentement de la personne à la communiquer. Elle est recueillie par la Direction Technique Nationale dans le seul but de mieux adapter l'offre sportive proposée au sein des clubs affiliés à l'UFOLEP.
 - (10) Veuillez prendre contact avec le président d'association pour connaître les éventuelles garanties directement souscrites par votre association auprès d'APAC Assurances.
 - (11) En cas de non acceptation, veuillez barrer le texte et écrire la mention « sans Individuelle Accident » et contacter votre responsable associatif. La date et la signature sont obligatoires.

INSCRIPTION N°

Nom : _____ Madame Monsieur
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Lieu de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____ Portable : _____
Email ⁽¹⁾ : _____ @ _____
Catégorie socio-professionnelle ⁽³⁾ : _____
Acceptez-vous que la Ligue de l'enseignement, l'UFOLEP ou l'USEP communiquent vos coordonnées à des tiers partenaires ? Oui Non

MON ASSOCIATION

N° d'affiliation: _____
Nom : _____

MON ABONNEMENT «les Idées en mouvements»

oui, je m'abonne pour 19,50 € pour 4 numéros

MES ACTIVITÉS EDUCATIVES ET CULTURELLES PRATIQUÉES DANS MON ASSOCIATION ⁽²⁾

MES ACTIVITÉS USEP ET PÉRI-SOLAIRE PRATIQUÉES DANS MON ASSOCIATION ⁽²⁾

Licencié Adulte
 Animateur
 Formateur



LICENCE ufolep TOUS LES SPORTS / AUTREMENT

MES ACTIVITÉS SPORTIVES PRATIQUÉES DANS MON ASSOCIATION

Dirigeant (non pratiquant - aucune activité à renseigner)

Officiel (non pratiquant) ⁽²⁾

Activité principale ⁽³⁾

et Activités secondaires ⁽³⁾ : _____

Animateur (pratiquant) ⁽²⁾

Officiel (pratiquant) ⁽²⁾

Sportif (pratiquant)

Activité principale ⁽³⁾

et Activités secondaires ⁽³⁾ : _____

Certificat médical ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ : Date _____ et Nom du médecin ⁽⁶⁾ : _____

Est-ce une mutation ? Non Oui

sans pratique compétitive ⁽⁷⁾

Etes-vous licencié d'une autre Fédération ? Non Oui, précisez : _____

Date du CASM Moto ⁽⁸⁾ _____

Date de surclassement _____

et numéro du CASM Moto _____

Présentez-vous un handicap (physique, sensoriel, psychique ou mental) ? Non Oui ⁽⁹⁾

Date d'homologation UFOLEP _____

INFORMATIONS ASSURANCE DES LICENCIÉS UFOLEP

Pour les licenciés UFOLEP de risque R4
(Activités : 24021-Parachutisme - 24022-UIM - 24023-Vol à voile - 24024-Vol libre - 21031-VNM-Jet-ski)

Je prends note que ma licence ne procure aucune assurance, qu'il s'agisse de garanties en Responsabilité Civile comme de l'Individuelle Accident ⁽¹⁰⁾.

Je confirme avoir été informé (conformément à l'article L. 321-4 du Code du Sport) de l'intérêt à bénéficier de garanties Individuelle Accident couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

**DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRE
DU LICENCIÉ R4**

(ou si mineur, du représentant légal)

Pour les licenciés UFOLEP non pratiquants et pratiquants de risques R1, R2, R3, R5 ou R6
Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisque Adhérents Association qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident ».

J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base ⁽¹¹⁾ dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable,

et je souhaite souscrire l'option suivante (voir au verso le tableau de ces garanties) :

- Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 1
- Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 2
- Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 3 (pour les mineurs)

Pour les licenciés UFOLEP de risques R5 ou R6 :

Je prends note que le bénéfice des garanties d'assurances APAC est conditionné au respect des consignes et contraintes de sécurité édictées dans l'acte d'engagement joint à la notice d'information.

Attention: les licenciés résidant à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.

**DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRE
DU LICENCIÉ R1-R2-R3-R5-R6**
(ou si mineur, du représentant légal)

LICENCE PROVISOIRE UFOLEP

No/Nom de l'association : _____

Nom/Prénom : _____

Date de naissance : _____

Attention : cette licence provisoire 2016/2017 est valable 3 mois à compter de la date d'homologation; après cette date, le licencié doit présenter sa licence définitive.

Activités : _____

Valable uniquement avec la date d'homologation, le cachet et la signature du Délégué départemental UFOLEP

Date d'homologation : _____

2016/2017

