

1ère INSCRIPTION RENOUELEMENT

 		<b>FICHE D'INSCRIPTION</b>  <b>SAISON 2025/2026</b>		PHOTO LISIBLE	
Nom:			Prénom:		
Date de naissance		Lieu de naissance : CP :		Nationalité:	
Adresse		N° Rue			
		Code postal:		Ville:	
☎ Téléphone portable					
☎ Téléphone autre					
@ Adresse mail personnelle (lisible)					
<b>SECTION(S) CHOISIE(S)</b>					
Choix 1:					
Choix 2:					
Choix 3:					
Adhérent au Club Nautique de la Marine : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
FACTURE POUR CE <input type="checkbox"/>			BENEVOLE <input type="checkbox"/>		
<b>STATUT</b>			(*)Le club n'est pas dans l'obligation de rembourser en cas de suspension des activités COVID-19.		
<input type="checkbox"/> Militaire en activité / Réserviste <input type="checkbox"/> Famille de militaire en activité / Réserviste <input type="checkbox"/> Civil Défense en activité <input type="checkbox"/> Famille de civil de la Défense en activité <input type="checkbox"/> Retraité de la Défense <input type="checkbox"/> Famille de retraité de la Défense			l'atteste avoir pris connaissance du règlement des adhérents et certifie l'exactitude des renseignements fournis.  <b>Date et Signature :</b>		
<input type="checkbox"/> NAVAL Group <input type="checkbox"/> Extérieur au Ministère des Armées					
<b>J'atteste avoir répondu NEGATIVEMENT à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé CERFA 15699*01.</b> <input type="checkbox"/>					
Conformément à la réglementation générale des données personnelles (RGPD), toutes les données nominatives sont intégrées au système d'informations de la FCD donc sécurisées.					
J'adhère à l'assurance complémentaire:      Oui      Non					
<b>RESERVE AU SERVICE</b>					
<b>PIECES A FOURNIR</b>					
<input type="checkbox"/> Justificatif défense (carte professionnelle, titre de pension, bulletin de salaire, acte d'engagement réserviste...)					
<input type="checkbox"/> 1 photo d'identité					
<input type="checkbox"/> Certificat médical      Date : _____ ou <input type="checkbox"/> Questionnaire de santé (au VERSO)					
<b>MONTANT DE L'ADHESION</b>			<b>MODE DE REGLEMENT (paiement en 3 fois à partir de 100 €)</b>		
Licence FCD		€	CHEQUE 1		
Cotisation CSAM			CHEQUE 2		
Cotisation section 1			CHEQUE 3		
Cotisation section 2			ANCV		
Cotisation section 3			CB		
Licence			PASS SPORT		
Cours					
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>		

## 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
<b>Durant les douze derniers mois :</b>		
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"/>
<b>À ce jour :</b>		
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 ?	<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"/>
10. Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i><b>NB :</b> Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		
<b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>		
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.		
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>		
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		