☐ 1ère INSCRIPTION ☐ RENOUVELLEMENT

FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2026/2027

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)**		

SECTION(S) CHOISIE(S)

Choix 1:

Choix 2:

Choix 3:

Adhérent au Club Nautique de la Marine : ☐ Oui ☐ Non

FACTURE POUR CE ☐	**BENEVOLE** ☐
STATUT	*(*)Le club n'est pas dans l'obligation de rembourser en cas de suspension des activités COVID-19.*
☐ **Militaire en activité / Réserviste** MINARM ☐ **Famille de militaire en activité / Réserviste** ☐ **Civil Défense en activité** ☐ **Famille de civil de la Défense en activité** ☐ **Retraité de la Défense** ☐ **Famille de retraité de la Défense**	*J'atteste avoir pris connaissance du règlement des adhérents et certifie l'exactitude des renseignements fournis.* *Toute inscription est définitive.* **Date et Signature :**
☐ **NAVAL Group** HORS MINARM ☐ **Extérieur au Ministère des Armées**	

J'atteste avoir répondu NEGATIVEMENT à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé CERFA 15699*01. ☐

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

RESERVE AU SERVICE

PIECES A FOURNIR

☐ **Justificatif défense (carte professionnelle, titre de pension, bulletin de salaire, acte d'engagement réserviste…)**

☐ **1 photo d'identité**

☐ **Certificat médical** **Date :_____ou** ☐ **Questionnaire de santé (au VERSO)**

MONTANT DE L'ADHESION		MODE DE REGLEMENT (paiement en 3 fois à partir de 100 €)	
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			
TOTAL		**TOTAL**	

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 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.		