**FEDERATION SPORTIVE ET GYMNIQUE DU TRAVAIL**
10 Bd Marcel Dassault, 317770 Colomiers – 05.34.36.12.40 - cyclisme31.fsgt@orange.fr

# *DEMANDE DE LICENCE 2025/2026*

**CLUB : …… ……**

**Nom : ……**

**Prénom : ……**

**Date de naissance :……** **Sexe :……..**

**Adresse : …….....……**

**Code postal : ……** **Ville : ……**

**E-mail : ……** **Tél : ----/----/----/----/----**

**Autorisation :** Droit à l'image ☐ oui ☐ non
Offre Commerciale ☐ oui ☐ non
Newsletters ☐ oui ☐ non

**AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)**

Je soussigné……agissant en qualité de représentant légal,
déclare autoriser l'enfant ……
A pratiquer le sport……
Fait à ……le ……
Signature :

Autorisez-vous la Commission à donner vos coordonnées postales, e-mail **uniquement aux sponsors calendrier** de la commission s'ils étaient amenés à en faire la demande, pour des promotions commerciales ?

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

***ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT***

Je soussigné(e) atteste avoir reçu et pris connaissance des conditions générales valant notice d'information des garanties individuelles Accident.

☐ **de souscrire les garanties de base individuelle Accident**
☐ **de ne pas souscrire les garanties de base individuelle Accident**

Je soussigné (e) atteste avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative au contrat de prévoyance ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel à la suite d'un accident de sport survenu pendant la pratique des activités garanties en sus des garanties de base individuelles Accident.

☐ **De souscrire aux garanties complémentaires**
☐ **De ne pas souscrire aux garanties complémentaires**

***DEMANDE de TIMBRE DE CATEGORIE CYCLISME***

Avez-vous pratiqué le Cyclisme en Compétition
☐ Oui - Quelle année (dernière date) : …… ☐ Non

Quelle(s) Fédération(s) — Quelle(s) catégorie(s) de valeur
☐ FSGT ……
☐ UFOLEP ……
☐ FFC – FF Triathlon / Duathlon ……Nbre Pts FFC….

Quel Club : ……

| **CATEGORIE DE LICENCE (Age)** | **Catégorie de Valeur (souhaitée)** | | |
|---|---|---|---|
| | **Route** | **Cyclo-cross** | **VTT** |
| Dirigeant (Fonction au sein du club) | | | |
| Pré licencié(e) né(e) après 2019 | | | |
| Poussin né en 2017 & 2018 | | | |
| Pupille né en 2015 & 2016 | | | |
| Benjamin né en 2013 & 2014 | | | |
| Minime né en 2011 & 2012 | | | |
| Cadet né en 2009 & 2010 | | | |
| Junior né en 2007 & 2008 | | | |
| Espoir né en 2003-04-05-06 | | | |
| Senior né de 1986 à 2002 | | | |
| Vétéran né de 1976 à 1985 | | | |
| Super Vétéran né de 1966 à 1975 | | | |
| Ancien né en 1965 et avant | | | |
| | | | |

***Demande de descente de Catégorie***

☐ Route ☐ Cyclo-Cross

Catégorie de Valeur actuelle : …… Catégorie d'Age : ……

Motivation de la demande :

-
-

Vos 5 dernières courses (jour, mois, année, lieu, place) :
1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……

Fait à :…….…….…… Le :……..……

**Signature du demandeur (***Précédée de la mention, « lu et approuvé »)* *Signature du Président*

PREMIÈRE DEMANDE OU RENOUVELLEMENT DE

# LA LICENCE FSGT POUR LES MAJEUR-ES

Madame, Monsieur,

Vous pratiquez une ou plusieurs activités sportives en FSGT qui ne rentrent pas dans les activités à contraintes particulières (article L.231-2-3 du Code du sport), et vous sollicitez une première demande de licence FSGT ou son renouvellement.

Au préalable à votre demande de licence, votre club vous a remis les deux formulaires suivants :

- Le **questionnaire de santé** (Cerfa n° 15699*01) que vous devez renseigner et conserver
- La **présente attestation** que vous devez signer et remettre à votre club qui la conservera

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU « NON »** à toutes les rubriques du questionnaire de santé, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la présente attestation.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI »** à au moins une rubrique du questionnaire de santé, vous devez :

- **Solliciter un certificat médical auprès d'un-e médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer avec votre club datant de **moins de six (6) mois** par rapport à la date de votre demande de licence FSGT auprès du club.
- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.** Par ailleurs, nous vous informons expressément que le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est stric-tement personnel. Vous n'avez pas à le remettre à votre club. Nous vous informons aussi que les réponses apportées au questionnaire de santé par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

## ATTESTATION POUR LES MAJEUR.ES

(À RENSEIGNER, À SIGNER ET À REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR L'ADHÉRENT·E AU CLUB)

Je soussigné·e, (Nom et Prénom du de la licencié·e) : .....

N° de licence FSGT : ..... Saison sportive ou année : .....

Adhérent·e du club : .....

J'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FSGT ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé pour les sportifs majeurs (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'aété remis par mon club. Et, par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à ..... , le .....

Pour dire et valoir ce que de droit, (Signature du/de la licencié·e majeur·e)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

## Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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 |
|---|---|---|
| **Durant les 12 derniers mois** | | |
| 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) ? | ☐ | ☐ |
| **A 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 durant 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 ? | ☐ | ☐ |
| **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.

PREMIÈRE DEMANDE OU RENOUVELLEMENT DE

# LA LICENCE FSGT POUR LES MINEUR-ES

Madame, Monsieur,

Pour les mineur·es (jusqu'à 17 ans révolus), c'est le Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 qui réglemente les modalités d'obtention et de renouvellement d'une licence auprès d'une fédération agréée, ainsi que les modalités d'inscription à une compétition sportive organisée ou autorisée par une fédération agréée, à l'exception des activités à contraintes particulières (Cf. article L.231-2-3 du code du sport).

Pour l'obtention d'une licence sportive, ou pour son renouvellement ou en vue de l'inscription à une compétition sportive, la/le sportif·ve mineur·e et la ou les personne·s exerçant l'autorité parentale doivent au préalable renseigner conjointement un questionnaire de santé (Cf. Arrêté du 7 mai 2021).
Le questionnaire de santé vous est remis par le club. Vous pouvez aussi le télécharger sur le site www.fsgt.org rubrique adhésion-certificatif médical.

**SI VOUS ET VOTRE ENFANT AVEZ RÉPONDU « NON »** à toutes les rubriques du questionnaire de santé, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la seule attestation ci-dessous.

**SI VOUS ET VOTRE ENFANT AVEZ RÉPONDU « OUI »** à au moins une rubrique du questionnaire de santé, vous devez :

- **Solliciter un certificat médical pour votre enfant auprès d'un-e médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que votre enfant souhaite pratiquer **de moins de six (6) mois** par rapport à la date d'inscription au club.
- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.** Par ailleurs, nous vous informons expressément que le questionnaire de santé que vous et votre enfant avez renseigné, vous est réservé. Vous n'avez pas à le remettre à votre club. Nous vous informons aussi que les réponses apportées au questionnaire de santé relèvent de votre responsabilité exclusive au titre de votre autorité parentale.

## ATTESTATION POUR LES MINEUR-ES

(À RENSEIGNER, À SIGNER ET À REMETTRE OBLIGATOIREMENT PAR LE·S PARENT·S AU CLUB)

Nom et Prénom du/de la mineur·e : .....

N° de licence FSGT : ..... Saison sportive ou année : .....

Club d'adhésion : .....

Nom et Prénom du parent : .....

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FSGT ci-dessus et avoir renseigné avec mon enfant le questionnaire de santé pour les sportifs mineur·es qui m'a été remis par le club. Et, j'atteste sur l'honneur avoir avec mon enfant répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à ..... , le .....

Pour dire et valoir ce que de droit, (Signature obligatoire du/de la personne exerçant l'autorité parentale sur la/le mineur·e) :

PÔLE VIE ASSOCIATIVE FSGT Fédération Sportive et Gymnique du Travail FÉDÉRÉE

# QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES.

CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST CONFORME A L'**ARTICLE 2 DE L'ARRÊTÉ DU 7 MAI 2021**

Information à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :
**Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant**. C'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.
**Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données**.

Faire du sport, c'est recommandé pour toutes et tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?

Ce questionnaire n'est pas un contrôle.
Tu réponds par OUI ou par NON. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

| **Tu es une fille ☐ un garçon ☐** | **Ton âge : ..... ans** | |
|---|---|---|
| **Depuis l'année dernière** | **OUI** | **NON** |
| *Es-tu allé.e à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu été opéré.e ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu beaucoup maigri ou grossi ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à l'habitude ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?* | ☐ | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** | | |
| *Te sens-tu très fatigué.e ?* | ☐ | ☐ |
| *As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?* | ☐ | ☐ |
| *Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?* | ☐ | ☐ |
| *Te sens-tu triste ou inquiet ?* | ☐ | ☐ |
| *Pleures-tu plus souvent ?* | ☐ | ☐ |
| *Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?* | ☐ | ☐ |
| **Aujourd'hui** | | |
| *Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?* | ☐ | ☐ |
| *Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?* | ☐ | ☐ |
| *Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?* | ☐ | ☐ |
| **Questions à faire remplir par tes parents** | | |
| *Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?* | ☐ | ☐ |
| *Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?* | ☐ | ☐ |
| *Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).* | ☐ | ☐ |

**SI TU AS RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS**, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, montre-lui ce questionnaire de santé rempli.

**SI TU AS RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS**, tu n'as pas besoin de présenter un certificat médical lors de ton inscription à un club sportif ni pour la délivrance ou le renouvellement de ta licence sportive. Tu peux donc pratiquer une ou plusieurs activités sportives de ton choix, à l'exception de certaines activités sportives à contraintes particulières pour lesquelles un certificat médical reste nécessaire. Pour connaître la liste de ces activités renseigne-toi auprès de ton club.

**CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT PERSONNEL.** Toi ou ton / tes parent.s n'avez pas à le présenter lors de l'inscription dans un club sportif ni pour la délivrance ou le renouvellement d'une licence sportive. Le club sportif te remettra une **ATTESTATION SUR L'HONNEUR** que ton / tes parent.s devront renseigner et signer et que tu devras remettre au club sportif lors de ton inscription.