

Royale Jeunesse Sportive Stembert

(Ces données resteront confidentielles et ne seront transmises nulle part sauf urgence médicale.)



Saison 2025 - 2026

Coordonnées du membre

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Section :



Personne de contact

GSM 1 :

GSM 2 :

Mail 1 :

Mail 2 :

Je suis assuré(e)

Chaque affilié en ordre de cotisation est **couvert en cas d'accident corporel** survenu lors des activités gymniques par l'assureur de la **Fédération francophone de Gymnastique (FfG)**.

Procédure :

1. Signaler immédiatement l'accident au moniteur.
2. Compléter la **déclaration d'accident** dans les **48 h** et la remettre au club.
3. Le club transmettra le dossier à la fédération, qui le fera suivre à l'assureur.
4. Un **numéro de dossier** sera attribué et toute correspondance se fera entre la victime et l'assureur.

FICHE SANTÉ / AUTORISATIONS

1. Santé

Opération ou maladie susceptible d'affecter l'activité sportive : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Prise de médicaments quotidienne : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

Allergie à des aliments, matières, médicaments : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ?

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

.....
.....

2. Autorisations

☐ OUI ☐ NON — J'autorise *mon enfant* à participer aux activités sportives du club.

☐ OUI ☐ NON — J'autorise le club à transmettre mes coordonnées ou celles de mon enfant (nom, prénom, date de naissance, adresse) à la Fédération francophone de Gymnastique pour délivrer une licence et assurer les accidents corporels.

☐ OUI ☐ NON — J'autorise le club à utiliser mes noms et prénoms ou ceux de mon enfant pour les inscriptions aux compétitions.

☐ OUI ☐ NON — J'autorise le club / la Fédération à me photographier / filmer ou à photographier / filmer mon enfant lors des activités sportives et à utiliser ces images dans le cadre de la promotion du club/fédération (site internet, page Facebook, revue, support électronique, papier ou audiovisuel).

☐ OUI ☐ NON — J'autorise le club à administrer les premiers soins d'urgence à mon enfant et/ou à le transférer à l'hôpital si nécessaire.

3. Informations reçues

- Je suis informé(e) que moi ou mon enfant sommes couverts pour les accidents corporels **uniquement après paiement de la cotisation annuelle et de l'assurance affiliation**.
- Je peux modifier ou retirer l'autorisation d'utilisation de mes données ou celles de mon enfant, sachant que certaines données sont indispensables à la gestion du club.
- Les informations transmises resteront confidentielles et uniquement accessibles aux responsables et entraîneurs du club.

4. Engagement du membre / parent

- Je m'engage à verser la cotisation annuelle avant le **1/11/2025**.
- Je m'engage à respecter le règlement d'ordre intérieur du club.
- Je m'engage à **participer au gala annuel du club**.

Fait à, le / / 20.....

Signature : _____