



Adresse géographique : 60 Bis boulevard Jean Royer
37000 TOURS

Adresse postale : Base de défense de Tours
CSA TOURS CENTRE
RD 910
37076 TOURS CEDEX 2
862 371 18 85 – 02 46 67 18 85
Internet : CSATC.fr



Bulletin de demande d'adhésion Saison 2019 - 2020 (1 formulaire par adhérent)

N° LICENCE FCD SAISON PRECEDENTE

- Une photo d'identité pour les nouveaux adhérents ;
- Certificat médical **original par activité**, d'absence de contre-indication à la pratique du sport et en compétition, sauf les disciplines à contraintes particulières. (validité de 3 ans) ;
- Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique en compétition des disciplines à contraintes particulières* (validité annuelle) ;
- Attestation de réponse négative à l'ensemble des rubriques du « Questionnaire Santé - Sport » pour le renouvellement de licence pour la saison 2019/2020. » (présentation du certificat initial en 2017, 2018 et 2019) ;
- Pour les enfants mineurs**, la feuille d'autorisation parentale renseignée ;
- Demande de contrôle élémentaire pour accès aux quartiers, uniquement pour les adhérents n'appartenant pas aux MINARM à partir de 16 ans (durée de validité de 3 ans).

Nom	Prénom	Sexe	Taille de T-shirt	Date de naissance	Lieu de naissance	Relevant du MINARM	Ne relevant pas du MINARM
<i>Exemple : DURAND</i>	<i>Martin</i>	<i>M</i>	<i>L</i>	<i>01/01/1991</i>	<i>Paris</i>	<i>Grade</i>	<i>non</i>
Adresse complète							
Téléphone		Uniquement adresse mail personnel :					

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom	Prénom	Lien	Téléphone

- Je déclare avoir reçu une information sur le règlement intérieur du club ([sur le site](#)) et sur l'assurance contractuelle ([en annexe](#)) ;
- Je reconnais avoir pris connaissance des garanties complémentaires ([en annexe](#)) et je ne souscris pas / je souscris à la formule (rayer les mentions inutiles) ;
- Je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur du club et le règlement particulier de l'activité ;
- J'autorise l'utilisation de mon droit à l'image (diffusion facebook, site internet...);
- Je suis aussi membre d'une fédération : Nom de la fédération : ;
N° licence :
- Je m'assure de la présence effective du moniteur sur le lieu de l'activité avant de laisser mon enfant mineur ;
- Je suis une personne en situation de handicap.

A Adhésion CSA-TC Affiliation à la Fédération des clubs de la défense FCD (Ligue Centre Val de Loire)					
1 ^{er} adhérent majeur	2 ^{ème} adhérent majeur	3 ^{ème} adhérent majeur	4 ^{ème} adhérent majeur	Par adhérent majeur supplémentaire	Moins de 18 ans
50 €	45 €	40 €	35 €	30 €	30 €

B ACTIVITES (cocher la/les activités choisies)							
Aïkido/Katori/ Ken jutsu (100)	15 €		Parcours-Training (236)	0€		Tennis (156)	5€
Badminton (104)	10€		Parachutisme (137)	10€		Tennis de table (157)	5€
Cyclisme (118)	10€		Pétanque (170)	5 €		Trail-Running/Triathlon – Parcours d’obstacle Cani-Cross (241)	10€
Football (123)	15 €		Photographie (529)	10 €		Voile (162)	5€
Jeux de carte « Poker » (572)	15€		Randonnée /Découverte (143)	5 €		Volley (165)	15€
Muscu&Fitness (177)	15€						
ACTIVITES ANNEXES							
Billetterie (579)				Premiers secours – Secourisme. Inscription particulière (593)			

PAIEMENT A L'ORDRE DU « CSA-TC »

Adhésion + activités : A + B

Chèque d'un montant de : _____ €uros
 n° _____ Banque _____

Date :

Signature de l'adhérent :

Validation du comité directeur :

* Liste des disciplines à contraintes particulières (article D. 231-1-5 du code du sport) : 1° Les disciplines sportives qui s'exercent dans un environnement spécifique (alpinisme, plongée subaquatique, spéléologie) ; 2° Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin, notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience ; 3° Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; 4° Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ; 5° Les disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition à l'exception de l'aéromodélisme ; 6° Le parachutisme ; 7° Le rugby à XV, le rugby à XIII et le rugby à VII.

NB : vos données sont indispensables pour assurer le traitement et l'obtention de la licence FCD. Elles sont destinées aux services de la FCD, et de la Ligue Centre-Val de Loire FCD, et peuvent être utilisées pour vous tenir informé des activités et des propositions de la FCD ou de la Ligue. Vous pouvez à tout moment intervenir auprès du club pour modifier les informations qui vous concernent. Vos données sont conservées pendant toute la durée de la délivrance de votre licence à la FCD et sont ensuite effacées au plus tard 3 ans après la dernière année de prise de licence à la fédération.

Un délégué à la protection des données a été nommé : Marie-Claude RENAUD m-c.renaud@lafederationdefense.fr suppléant Fabien BOSSUS f.bossus@lafederationdefense.fr. Vos données ne sont jamais vendues et communiquées à des tiers.



AUTORISATION PARENTALE 2019-2020

NOM DU CLUB : **CLUB SPORTIF ET ARTISTIQUE TOURS-CENTRE (CSA TC)**

N° d'agrément du Ministère de la Jeunesse et des Sports: **03796ET004**

Siège Social: **Caserne Baraguey d'Hilliers -**

Adresse géographique : 60 Bis boulevard Jean Royer
37000 TOURS

Adresse postale : Base de défense de Tours
CSA TOURS CENTRE
RD 910
37076 TOURS CEDEX 2
862 371 18 85 – 02 46 67 18 85

Internet : CSATC.fr



Je soussigné(e)

NOM	PRENOM	Représentant légal*	ADRESSE COMPLETE
		Père - Mère Tuteur - Autre	

(*) rayer la ou les mention(s) inutile(s)

Autorise

NOM	PRENOM	File/fils*	ADRESSE COMPLETE

A pratiquer

Activité	Lieu	Heure début - Heure fin
1-		
2-		
3-		

- J'autorise, je n'autorise pas (*) mon fils, ma fille (*) à se rendre et à revenir seul(e) de chaque entraînement,
- J'autorise, je n'autorise pas (*) les représentants du club à prendre toutes dispositions pour préserver la santé de mon enfant en cas d'urgence.

N° de téléphone pour prévenir en cas d'urgence:/...../...../...../.....

Nom du médecin traitant:Téléphone:/...../...../...../.....

Fait à

Le/...../.....

Signature du représentant légal

(*) rayer la ou les mention(s) inutile(s)

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 ?	<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"/>
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 ?	<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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.

N O M :

DATE :

SIGNATURE :

P R E N O M :

N ° L I C E N C E :

Activités	Lieux	Jours	Horaires	Responsables	Téléphone	Messagerie	Observations
AÏKIDO/KATORI/KEN JUSTSU	Gymnase Rennes	Mardi Vendredi	19h00 – 20h30 19h00 - 20h30	CDT MITNIK Cyril	06 80 84 34 25 02 46 67 27 62		A partir de 16 ans / pas de pratique libre / ouvert à tous
BADMINTON	Gymnase Rennes	Lundi et jeudi	17h30 – 22h (encadré jusqu'à 20h)	M. Michaël ROGER	02 46 67 27 66	csat.bad37@gmail.com michael.roger@intra.def.gouv.fr	À partir de 16 ans
BILLETTERIE	Quartier Baraguey DRH-AT/Cellule budget Bt 13; 1er étage	Tous les jours ouvrables	10h00 à 11h30 Sur demande l'après-midi	ADJ NADAL Laëtitia	02 46 67 28 32		Ouvert à tous
CYCLISME	Région Tours	Lundi à vendredi Samedi matin et/ou dimanche matin	7h30 - 18h	M. BARNETCHE	02 46 67 27 53		Casque obligatoire Sorties et randonnées vélo de route et VTT À partir de 18 ans Joueurs confirmés
FOOTBALL	Gymnase Rennes	Jeudi	11h30-12h15	ADC LOCQUENEUX Jean-Baptiste ADC GOVERNO Cyril	02 46 67 27 41 02 46 67 24 69		
JEUX DE CARTES "POKER"	Local CSA Quartier Baraguey	Lundi Le dernier mercredi de chaque mois	18h30-23h30	ADC MONDON Mikael	02 46 67 20 82	mikael.mondon@intra.def.gouv.fr	
MUSCU&FITNESS	Salle de musculation Gymnase	Mardi, Lundi, Mercredi, Jeudi	11h30 - 12h45	CDT CAMEL BRUNO ADJ PAQUET Fabien	02 46 67 24 10		
PARACHUTISME	Le Blanc, Orléans, Saumur	Saut découverte en "tandem", stages en semaine, le WE, à titre personnel ou avec ordre de service pour les militaires (si SMPS)	Toute la journée	LCL S. PHOUMMAVONGSA	06 18 36 52 03		A partir de 16 ans, du débutant au confirmé Ouvert à tous, civils et militaires Licence FCD + licence FFP
PARCOURS TRAINING - Body FIT	Salle de musculation Gymnase	Lundi, Mercredi, Jeudi Mardi	11h30 - 12h45	ADC MIGNEREY	02 46 67 25 45		
PETANQUE	Parc des Prébendes	Jeudi	11H45 - 13H00	M. FOUASSIER Stéphane	02 46 67 28 04	stephane.fouassier@intra.def.gouv.fr	
PREMIERS SECOURS - SECOURISME	Quartier Baraguey, Espace Clos Neuf à Joué les Tours	Selon calendrier		M. BROOD Bruno	06 60 11 42 92	csatsecourisme@gmail.com	en sommeil en attente du N° d'agrément national
PHOTO	Local CSA Quartier Baraguey	Selon calendrier		M. IMBERT Jonathan	02 47 67 19 56		
RANDONNEE / DECOUVERTE	alentours de Tours, régional, national...	Les WE, pendant les vacances scolaires.	Journée(s), demi-journée	LCL PHOUMMAVONGSA Sengsouvanh	06 18 36 52 03		Du débutant au confirmé, ouvert à tous, civils, militaires, extérieurs défense... Randonnée : nécessite un certificat médical; Découverte: activité de cohésion = pas besoin de certificat médical.
TENNIS	Gymnase Rennes	Mardi et mercredi Vendredi Samedi et dimanche (libre)	17h00 - 22h00 13h30 - 20h00 (équipe) 8h00 - 12h / 13h - 22h	M. BAULAZ Stéphane	02 46 67 22 68 06 14 71 37 06		
TENNIS DE TABLE	Gymnase Rennes	Lundi	11h30 - 13h00	Mme COMTE Marie-Claude	02 46 67 19 65		
TRAIL-RUNNING PARCOURS D'OBSTACLE CANI-CROSS	Région Tours	Tous les midis compétition le WE	11h30 – 13h00	M. CLAUSSE Laurent	02 46 67 27 23	laurent-d.clausse@intra.def.gouv.fr	Du débutant au confirmé, ouvert à tous, civils, militaires, extérieurs défense. Besoin d'un certificat médical
VOILE	Lac des Bretonnières En association avec le CVJ de Joué les Tours	Les WE, les mercredis, pendant les vacances scolaires, période de stage (samedi et/ou dimanche)	Pendant les créneaux horaires du CVJ			csatc.voile@gmail.com	Pratique du paddle, planche à voile et voiliers (monocoque, catamaran) Découverte/initiation en famille (me contacter); Ecole de voile (licence FFVoile nécessaire)
VOLLEY	Gymnase Rennes	Lundi Mercredi	11h30 - 12h45 7h45 - 9h	LV CORREIA	02 34 53 81 74		À partir de 18 ans

DÉCOUVREZ LES GARANTIES D'ASSURANCE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ POUR VOS ACTIVITÉS SPORTIVES* ET ARTISTIQUES ORGANISÉES PAR LA FCD, SES LIGUES RÉGIONALES ET SES CLUBS AFFILIÉS AVEC LA LICENCE FÉDÉRALE FCD SAISON 2019-2020

Plafond maximum de prise en charge

DOMMAGES CAUSÉS AUX TIERS	RESPONSABILITÉ CIVILE ▶ Dommages corporels 10 000 000 € ▶ Dommages matériels 1 600 000 € ▶ Dommages immatériels consécutifs 1 600 000 € DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS 70 000 €
ACCIDENTS CORPORELS LORS DE LA PRATIQUE DE VOTRE SPORT* ET PENDANT LES TRANSPORTS <small>* À l'exclusion de la pratique de sports soumis à une obligation d'assurance légale : sports mécaniques, aériens, automobiles, motocyclistes, nautiques à moteur,...</small>	EN CAS DE DÉCÈS (CAPITAL) 18 294 € EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE 36 588 € EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ▶ Indemnisation journalière 9,15 € EN CAS DE FRAIS DE SOINS ET EN COMPLÉMENT DES RÉGIMES SOCIAUX : ▶ frais médicaux, pharmaceutiques et hospitalisation (par sinistre et par personne) 610 € ▶ frais d'appareillage (par sinistre et par personne) 305 € ▶ frais d'optique (par sinistre et par personne) 305 € ▶ prothèse dentaire (par dent) 305 € (et maximum par sinistre et par personne) 610 €
MANDATAIRES SOCIAUX	DÉFENSE CIVILE ET PÉNALE SELON LE CONTRAT SOUSCRIT PAR LA FÉDÉRATION RESPONSABILITÉ CIVILE
DES FORMULES COMPLÉMENTAIRES SONT PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS DE LA FCD EN OPTION	

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



A ssurance complémentaire proposée aux adhérents de la F.C.D.

Demande d'assurance

Saison 2019/2020

➤ À retourner accompagnée du règlement à : Fédération des Clubs de la Défense
16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or
CS 40300 - 94114 Arcueil cedex

LE SOUSCRIPTEUR

Club d'affiliation _____ N° de licence _____

M. Mme Mlle **NOM** _____ Prénom _____

Date de naissance Adresse : N° _____ Rue _____

Lieu-dit _____ Code postal Commune _____ 

L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE FACULTATIVE

- • Nous vous proposons de compléter les Garanties Individuelle Accident souscrites par la FCD dont vous bénéficiez au titre de votre licence fédérale, par les formules ci-dessous : elles prévoient les capitaux Décès et Invalidité Permanente Totale suivants ainsi qu'une indemnité journalière en complément des garanties prévues au titre de la licence FCD.
- Période de validité : **de la date de souscription au 31 août 2020.**

Je coche la formule que je désire souscrire.

GARANTIES	FORMULE 1 <input type="checkbox"/>	FORMULE 2 <input type="checkbox"/>	FORMULE 3 <input type="checkbox"/>
• Décès (capital)	9 147 €	15 245 €	15 245 €
• Invalidité Permanente Totale (capital)	18 294 €	30 490 €	45 735 €
	Franchise relative 8 %		
• Indemnité Journalière suite à arrêt de travail	15,24 €/jour 1 an maximum	18,30 €/jour 1 an maximum	30,49 €/jour 1 an maximum
	Franchise 7 jours		
COTISATIONS ANNUELLES T.T.C. Valables jusqu'au 31/08/2020	28 €	38 €	43 €

LA DATE D'EFFET, LA DURÉE DU CONTRAT ET LE PAIEMENT DE LA COTISATION

- Je demande que le contrat prenne effet le à zéro heure jusqu'au 31 août prochain, **sous réserve de l'encaissement effectif de la cotisation.**
- Je joins un paiement de _____ € réglé par chèque à l'ordre de la FCD.

POLITIQUE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vos données personnelles sont traitées par la GMF et le groupe Covéa, auquel elle appartient, responsables de traitement.

Le groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle, régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

Vos données personnelles sont collectées et traitées pour permettre de réaliser des opérations de prospection commerciale et vous proposer le service ou le produit le plus adapté à vos besoins.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement de vos données personnelles et d'opposition à la prospection commerciale. Vous pouvez exercer vos droits auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : GMF - Protection des données personnelles - 45930 Orléans cedex 9, ou protectiondesdonnees@gmf.fr. Les informations complémentaires sur vos droits et le traitement de vos données personnelles sont disponibles sur le site gmf.fr, page "Données personnelles".

VOTRE SIGNATURE

Le souscripteur est avisé des conséquences qui pourraient résulter d'une OMISSION ou d'une FAUSSE DÉCLARATION prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

Fait à _____, le _____

 Signature