

## Club Sportif et Loisirs de la Gendarmerie

Caserne Fontreyne  
B.P. 103 / 05007 GAP Cedex

Site internet : [www.cslg-gap.fr](http://www.cslg-gap.fr) - courriel : [contact@cslg-gap.fr](mailto:contact@cslg-gap.fr)

# DEMANDE D'ADHÉSION SAISON 2023 / 2024

La saison débute le 1<sup>er</sup> septembre et se termine le 31 août

Nom :  Prénom :

Date de naissance :  Lieu de naissance :

Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse :

Code postal :  Ville :

Inscrire l'adresse email en majuscules, afin d'éviter toute erreur  
(**obligatoire** pour recevoir votre licence directement par email)

Tél. :  Email :

**IMPORTANT** : Êtes vous déjà adhérent d'un autre club de la FCD pour la saison en cours (CSA ou autre....) :  
si oui joindre une copie de la carte du club, vous ne réglez que les sections  non  oui

### Gendarmerie ou Militaire en activité

Officier  Sous-Officier  
 Militaire du rang  Civil

### Gendarmerie ou Militaire en non activité

Réserviste/Retraité militaire  Ancien civil ou militaire  
 Retraité civil  Famille

### Civil extérieur à la défense

Extérieur défense

### Cotisations

Adulte 39 €  Enfant de moins de 18 ans à charge 27 €

20 €  Nautisme (ponton, bouée, mouillage)

**Accès base nautique (sanitaires, mise à l'eau, parking, éclairage, annexe)**

Renseignements : [contact@cslg-gap.fr](mailto:contact@cslg-gap.fr)

**Si vous êtes dans une des situations suivantes la licence FCD est gratuite (19 €)**

Personne en **situation de handicap**  oui  non

**Assuré CNMSS et atteint d'Affection Longue Durée** (obésité, hypertension artérielle, dépression, diabète)  
**ou maladie chronique** (militaire d'active ou gendarmerie, retraité, conjoint(e), enfant(s) mineurs ou majeurs relevant du parent assuré à la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale à Toulon)

**L'adhérent pourra faire l'objet d'un contrôle de la CNMSS**

oui  non

**TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE SERA PAS TRAITÉE**

**Cocher la ou les sections demandées**

**Sections CULTURELLES**

<b>Peinture sur porcelaine</b>	<input type="checkbox"/> 20 €	<b>Encadrement</b>	<input type="checkbox"/> 15 €
<b>Cartonnage – Loisirs créatifs</b>	<input type="checkbox"/> 20 €	<b>Musique</b>	<input type="checkbox"/> 20 €
<b>Secourisme</b>	<input type="checkbox"/> 20 €		

**Sections SPORTIVES**

<b>Futsal</b>	<input type="checkbox"/> 20 €	<b>Boxe (CSA 4<sup>ème</sup> RCH)</b>	<input type="checkbox"/> 30 €
<b>Ball-trap</b> <i>(le certificat médical annuel reste obligatoire)</i>	<input type="checkbox"/> 20 €	<b>Escrime médiévale</b>	<input type="checkbox"/> 40 €
<b>Cyclisme</b>	<input type="checkbox"/> 15 €	<b>Musculation</b>	<input type="checkbox"/> 50 €
<b>Apiculture</b>	<input type="checkbox"/> 22 €	<b>Pétanque</b>	<input type="checkbox"/> 20 €
<b>Ski (accès location matériel, tarifs club)</b>	<input type="checkbox"/> 10 €	<b>Randonnée pédestre – Raquettes</b>	<input type="checkbox"/> 20 €
<b>Ski enfants (mercredi après-midi)</b>	<input type="checkbox"/> 100 €	<b>Stage de voile adolescents (semaine)</b>	<input type="checkbox"/> 370 €
<b>Floorball</b>	<input type="checkbox"/> 20 €	<b>Fitness (CSA 4<sup>ème</sup> RCH)</b> <i>(gymnastique cardio) Mercredi 18h15 - 19h15</i>	<input type="checkbox"/> 40 €
<b>Ski de fond</b>	<input type="checkbox"/> 20 €	<b>Bike (CSA 4<sup>ème</sup> RCH places limitées) paiement à la séance</b> <b>Lundi : 17h30-18h15 et 18h30-19h15</b> <b>Mercredi 19h30-20h15</b>	
<b>Badminton</b>	<input type="checkbox"/> 20 €		

**Attention vous imprimez directement la licence reçue par email (après votre inscription vérifiez vos spams)**

Je soussigné(e),

reconnais avoir pris connaissance des garanties souscrites au titre de la licence par la FCD auprès de la GMF ainsi que des options complémentaires qui me sont proposées. Je reconnais également avoir été informé que les renseignements que je communique ainsi que ma photographie seront insérés au fichier informatique de la FCD afin de permettre l'établissement de ma carte de licencié.

**Compte tenu du contexte sécuritaire actuel et conformément au code de la sécurité intérieure (art L 114-1, L 234-1 à 2 et R 114-4), les adhérents sont informés que l'autorisation d'accès à l'emprise militaire est subordonnée à la réalisation préalable d'une enquête administrative de sécurité.**

Fait à GAP le :

Signature du demandeur ou du représentant légal

**Précédé de la mention lu et approuvé**

**TOUTE DEMANDE INCOMPLÈTE NE SERA PAS TRAITÉE**

**Attention**

vous devez **obligatoirement fournir ce document** pour toute prise de licence sportive :  
Il n'est pas nécessaire de fournir le questionnaire de santé majeur ou mineur (ci-dessous)

**ATTESTATION  
QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD**

**Pour les majeurs :**

Je soussigné(e) M/Mme.....<sup>1</sup>

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

---

**Pour les mineurs :**

Je soussigné(e) M/Mme.....<sup>1</sup>

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant.....<sup>2</sup>

Date et signature :

1 Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

2 Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal

# Questionnaire de santé majeur -FCD

Nom, prénom, date de naissance

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

***NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.***

<b>RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b><u>Durant les douze derniers mois :</u></b>		
1. Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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><u>A ce jour</u></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"/>

***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.

**Signature :**

Nom, Prénom, date de naissance

**Avertissement 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 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, mais 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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	ans	
		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Depuis l'année dernière</b>			
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>			
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>			
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>			
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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, donne-lui ce questionnaire rempli.**

Signature responsable légal