



**Léo Lagrange**  
C O L O M I E R S

# Bulletin d'Adhésion 2018/2019

## Club Loisirs Léo Lagrange de Colomiers

**BULLETIN A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES**

### Club Loisirs Léo Lagrange

6, Place du Val d'Aran - 31770 Colomiers

Tél : 05 61 78 60 52

secretariat@leolagrangecolomiers.org

Adhésion Individuelle

Adhésion Multiple

**Section :** .....

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe :  masculin  féminin Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....@ .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Téléphone : .....

**Autres membres**, si adhésion multiple, conjoints et descendants mineurs :

Adh	NOM	Prénom	Conjoint / Enfant	Né(e) le	Section	Sexe
2						
3						
4						
5						
6						

**J'accepte** -  **Je n'accepte pas** : l'affichage, la diffusion de photos, vidéos, prises lors de manifestations ou activités, auxquelles je participe ou un des membres de ma famille inscrit dans le tableau ci-dessus.

**Montant à payer pour la carte Léo Lagrange, licence sportive incluse, par chèque libellé à l'ordre du C.L.L.L. :**

- Première personne : **18 € Columérin, 26 € Non Columérin.**
- Autres personnes, même famille et même adresse : rajouter **5€** par personne.

**Activités concernées par le certificat médical ou l'attestation de santé à fournir :** Atelier Sophrologie - Colomiers  
Danse Club - Danse Claquettes - Danse Country - Pêche à la Mouche - Tennis de Table - Retraite Active - Volley-ball - Yoga

**Certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée : obligatoire pour toute nouvelle demande d'adhésion ou tous les 3 ans, conformément aux dispositions du code du sport et à la volonté politique fédérale de l'UNSLI en matière de prévention de la santé du sportif.

**ou Attestation de Santé** entre chaque renouvellement triennal, conformément au décret n°2016-1387 du 12/10/2016

**La période de la carte d'adhésion est valide du 1<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 Août 2019**

Date : ..... Nom : ..... Signature :

Animation  
Développement Local  
Vacances  
Loisirs Enfance-Jeunes  
Lieux Culturels  
Formation  
Sports

# Fiche à compléter pour un renouvellement de licence CLLL



## DOCUMENT À CONSERVER.

Questionnaire de Santé " QS-SPORT " pour le renouvellement de ma licence sportive <sup>1</sup>  
Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport,

Le décret 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive, fixe les conditions de renouvellement de la licence sportive et énumère les disciplines sportives qui présentent des contraintes particulières pour lesquelles un examen médical spécifique est requis. Il prévoit que la présentation d'un certificat médical, soit exigée lors de la demande d'une licence ainsi que lors d'un renouvellement de licence tous les trois ans.

S'entend par renouvellement, la délivrance d'une nouvelle licence sportive sans discontinuité dans le temps avec la précédente, au sein de la même fédération.

A compter du 1er juillet 2017, les pratiquants doivent remplir, dans l'intervalle de ces trois ans, le questionnaire suivant fixé par l'arrêté du 20 avril 2017<sup>2</sup>.

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

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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"/>
<b>A CE JOUR :</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 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"/>

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

<sup>1</sup> Dans le respect du secret médical, je conserve ces données médicales personnelles et m'engage à remettre la présente attestation à l'association au sein de laquelle, je sollicite le renouvellement de ma licence sportive.

<sup>2</sup> Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive.



## DOCUMENT À REMETTRE AU RESPONSABLE DE VOTRE ASSOCIATION

Attestation en vue du renouvellement de ma licence sportive relatif au « QS-SPORT » à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017<sup>3</sup>

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence auprès de l'UNSL, je soussigné(e)..... atteste avoir rempli le Questionnaire de santé fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport,

J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire *dans ce cas : je transmets la présente attestation à l'association au sein de laquelle, je sollicite le renouvellement de ma licence.*

J'ai répondu OUI à une ou plusieurs rubriques du questionnaire *dans ce cas : Je consulte un médecin et lui présente ce questionnaire renseigné. Je fournis un certificat médical à l'association.*

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A : ..... le ...../...../20.....

Signature (manuscrite) :

Dans le cas où le licencié concerné est mineur :

NOM et prénom du représentant légal : .....

Fait à : ..... le ...../...../20.....

Signature (manuscrite)

<sup>3</sup> En référence au Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.