



**BULLETIN D'ADHESION « ELAN SYNDICAL RHÔNE »  
2026-2027**

**Association culturelle et sportive omnisport**



**NOM**

**PRENOM**

**DATE DE NAISSANCE**

**LIEU DE NAISSANCE**

**NATIONALITE**

**ADRESSE**

**CODE POSTAL**

**VILLE**

**NUMERO DE TELEPHONE**

**MAIL**

**PHOTO**

**COORDONNEES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

**NOM**

**PRENOM**

**TELEPHONE**

**NOM**

**PRENOM**

**TELEPHONE**

**1/ Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club** ☐

**2/ Pour l'activité boxe/self defense Je fournis un certificat médical de moins de 12 mois mentionnant l'activité choisie** ☐

**3/ J'adhère à l'association** ☐ **paiement par chèque**

☐ **paiement par CB**

☐ **paiement en ligne (module monetico)**

☐ **paiement par virement**

**RGPD :**

**4/ J'autorise le club et ses représentants à insérer ma photo d'identité sur ma licence et autorise la FSGT à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles. Cette autorisation est consentie**

**pour le territoire français et une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image ☐**

**5/ Je reconnais avoir été informé que je dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art. 34 de la loi " Informatique et Libertés "), soit par son espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Sportive et Gymnique du Travail ☐**

**6/ J'atteste également avoir pris connaissance de [la réglementation fédérale](#) (disponible sur site [fsgt.org](http://fsgt.org)) et m'engage à la respecter ☐**

**Signature**



## **REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION ELAN SYNDICAL RHÔNE ASSOCIATION OMNISPORT**

**1/ Tout adhérente ou adhérente s'engage à respecter, dans le cadre de la pratique sportive, les valeurs de l'association telles que définies dans l'article 2 des statuts :**

### **« ARTICLE 2 - BUT OBJET**

Cette association a pour objet l'organisation et la promotion d'activités physiques et sportives, dans toutes les disciplines (omnisport), dans l'esprit historique du sport ouvrier et de l'éducation populaire.

Ses valeurs sont la solidarité de classe, l'internationalisme, la laïcité, l'égalité hommes-femmes, le refus du racisme, et des discriminations LGBTphobes, et plus largement le refus de toutes les formes de discriminations, et la promotion de l'entraide, de la coopération et la solidarité par la pratique sportive.

Elle a également pour objet de créer des liens entre la pratique sportive et l'action syndicale, en particulier avec la Confédération Générale du Travail et ses organisations dans le Rhône. »

**2/ Dans le cadre de la pratique sportive, et afin que chaque pratiquant ou pratiquante puisse avoir pleinement sa place, une attention particulière est demandée afin d'éviter tout propos raciste, sexiste, LGBTphobe.**

**3/ L'adhérent ou l'adhérente s'engage à respecter les locaux mises à disposition par la municipalité et les consignes des encadrantes et encadrants sportifs, en particulier celles relatives à la sécurité**

**4/ L'adhérent ou l'adhérente s'engage à respecter la réglementation sanitaire en vigueur**



## 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                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 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"/> |
| <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 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 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 d'un an** 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 strictement 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'a été 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)