

# INSCRIPTION – Stage vacances Multisports Février 2020

## Dossier Famille

• Renseignements relatifs au foyer :

	Responsable 1	Responsable 2
Nom		
Prénom		
Mail		
Tél portable		
Tél domicile		
Situation professionnelle	<input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité	<input type="checkbox"/> activité <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> Retraité
Bénéficiaire des minima sociaux	<input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Minimum Vieillesse <input type="checkbox"/> Autres :	

• Renseignements relatifs aux enfants :

	Premier enfant	Second enfant
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Notification MDPH ou AEH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Troisième enfant	Quatrième enfant
Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Notification MDPH ou AEH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

• Renseignements concernant les revenus :

Je suis allocataire CAF 83 :  Oui     Non      MSA :  Oui     Non  
 Si oui, j'indique mon numéro de CAF : \_\_\_\_\_ et le nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

Je choisis de communiquer les éléments concernant selon l'optique suivante :

**Option 1** : mon dossier CAF 83 ou MSA n'est pas à jour ou je n'autorise pas l'accès à mon compte CAF, alors je fournis mon avis d'impôts N-2 et l'attestation CAF

**Option 2**: je ne souhaite pas fournir de justificatifs de revenus, alors le tarif MAXIMUM me sera appliqué

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie avoir pris connaissance des renseignements demandés et m'atteste de l'exactitude des informations sur ma situation et mes revenus figurants dans le présent dossier\*. Je m'engage à signaler tout changement de situation familiale, professionnelle ou d'allocataire intervenu en cours d'année, auprès de la direction concernée.

\*Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

### 1. Informations enfant :

Nom: ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse postale : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Problèmes de santé (asthme, allergie etc.) : .....

Ecole scolaire de l'enfant : .....

### 2. Responsable à joindre :

Nom: ..... Prénom : .....

Tél fixe : ..... Tél portable : .....

E-mail : @

### 3. Dates et adhésion (cocher les journées voulues):

FÉVRIER 2020											
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- L'accueil se réalise entre 8h et 9h directement sur le site choisi
- Le départ se réalise entre 17h et 18h
- Il faut penser à fournir à vos enfants, le repas du midi, le goûter et une bouteille d'eau

Etes-vous adhérent:  Oui  Non

**Site sportif :**  Léo Lagrange  Bon Accueil

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

# Fiche sanitaire de liaison et de sortie

- Personnes à contacter (autres que les parents)

	Contact 1	Contact 2
Nom		
Prénom		
Lien de parenté		
Tél portable		
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Contact 3	Contact 4
Nom		
Prénom		
Lien de parenté		
Tél portable		
Autorisé à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A contacter en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Médecin traitant

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

- Vaccination

Vous devez fournir une photocopie du carnet de santé ou un certificat médical attestant de la situation vaccinale de l'enfant.

Dans le cas d'une contre-indication médicale à la vaccination, date du certificat médical : \_\_\_\_\_

- Assurance obligatoire : Responsabilité Civile (fournir attestation)

Compagnie : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_ Validité du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

- Assurance facultative : Individuelle Accident ou Individuelle Corporelle (fournir attestation)

Compagnie : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_ Validité du : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

- Situation de handicap

Notification de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) :  Oui  Non

• **Renseignements médicaux**

Existence d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) :  Oui  Non

Votre enfant est-il allergique :  Oui  Non

Si Oui, précisez l'allergie :  Asthme  Alimentaire  Médicamenteuse

Votre enfant présente-t-il une pathologie nécessitant une attention particulière :  Oui  Non

Votre enfant porte-t-il :

- Des lunettes :  Oui  Non
- Des lentilles :  Oui  Non
- Des prothèses auditives :  Oui  Non
- Des prothèses dentaires :  Oui  Non

Votre enfant poursuit-il un traitement médical :  Oui  Non

Recommandations utiles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'établissement de santé (hôpital, clinique ...) le plus adapté. La famille est immédiatement avertie. Un enfant mineur ne peut sortir seul de l'établissement de santé.

Je m'engage à signaler tout changement concernant la santé de l'enfant, auprès de la direction concernée.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare exactes les informations communiquées. Toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :

**DOSSIER A ENVOYER ou DEPOSER AU  
43-47 Boulevard de la Roseraie 83100 Toulon**

# Dossier Famille – Fiche informations

## Pour qui ?

Pour tout enfant qui souhaite pratiquer une ou plusieurs activités multisports.

**\* Pour les fratries, vous pouvez remplir les renseignements généraux en un seul exemplaire !**

## Pour quoi ?

Le dossier famille est une démarche préalable à toute inscription aux activités. Il sert à collecter **en une seule fois** les informations personnelles et financières du foyer pour simplifier les démarches administratives ultérieures et gagner du temps.

Le dossier famille complet permet le calcul adapté en fonction du revenu et de la composition familiale.

## Quel tarif appliqué ?

Le tarif des prestations est calculé en fonction des revenus et de la composition familiale.

**En l'absence de justificatif de revenus**, le tarif maximum sera appliqué lors de la facturation des activités jusqu'à échéance de facturation suivant la présentation de l'ensemble des pièces, sans effet rétroactif, conformément à la réglementation en vigueur.

**En l'absence de certificat médical**, aucune journée payée ne sera remboursée.

## Quelles pièces à fournir ?

### Dans tous les cas :

- Dossier famille complété, daté, signé
- Fiche inscription, autorisation parentale, fiche sanitaire de liaison et de sortie, besoin spécifique.
- Pour bénéficier d'un tarif réduit, déclaration de revenus année N-2 et dernière attestation mensuelle de paiement CAF
- Paiement (chèques, espèces, Chèques vacances ANCV à l'ordre de Littoral Sport Academy)
- Un certificat médical (daté de moins d'un an) permettant d'établir la non contre-indication à la pratique sportive
- Le règlement intérieur de l'association signé (Cf : le site internet)
- Le bulletin d'adhésion Ufolep (ci-joint) \* **Uniquement les encadrés Jaune**

### SI non adhérent :

- **Adhésion de 25€** par chèque à l'ordre de Littoral Sport Academy ou par espèces
- Une photo d'identité
- Photocopie du carnet de vaccination
- Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance
- Attestation d'assurance en responsabilité civile

**DOSSIER A ENVOYER ou DEPOSER AU**  
**43-47 Boulevard de la Roseraie 83100 Toulon**

No affiliation 0 8 3 1 3 7 5 0 6

Nom de l'association Littoral Sport Academy

No d'adhésion

Nom

Prénom

Sexe :  Homme  Femme

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse



Mail

Catégorie

socio-professionnelle

- Présentez-vous un handicap (physique, sensoriel, psychique ou mental) ?  Non  Oui

(Information facultative soumise au libre consentement de la personne de la communiquer. Recueillie dans le but d'adapter l'offre sportive proposée).

- Acceptez-vous que la Ligue de l'enseignement, l'Ufolep ou l'Usep communiquent vos coordonnées à des tiers partenaires\* ?  Non  Oui

(\*Par tiers partenaires, sont concernées les sociétés conventionnées pour un routage catalogue par année sportive avec clause de confidentialité pour les données fichiers - Consulter la liste des partenaires sur www.ufolep.org)

## Mes activités Ufolep

- Je suis non pratiquant.e :

 Dirigeant (pas d'activité à renseigner) Officiel (non pratiquant) <sup>(1)</sup> - Activité principale

Autres activités

- Je suis pratiquant.e :

 Animateur <sup>(1)</sup>  Officiel <sup>(1)</sup>  Sportif  Sans pratique compétitive <sup>(2)</sup>

Activité principale Multisports

Autres activités

Date du certificat médical <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> ou si je ne suis pas soumis au renouvellement annuel du certificat médical,  J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé(disponible sur : [https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa\\_15699.do](https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do))Etes-vous licencié.e d'une autre Fédération ?  Non  Oui, précisezDate du CASM Moto <sup>(5)</sup> <sup>(5)</sup> et N°

## Mes activités culturelles et Usep

## Information assurance des licenciés.es Ufolep

## Pour les licenciés Ufolep non pratiquants et pratiquants de risques R1, R2, R3, R5 ou R6 :

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisque Adhérents Association qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie « Individuelle Accident ».

J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base <sup>(6)</sup> dont la notice d'information de garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option suivante (voir ci-dessous le tableau des garanties) : Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 1 Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 2 Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP option 3 (pour les mineurs)

Pour les licenciés Ufolep de risques R5 ou R6 : Je prends note que le bénéfice des garanties d'assurances APAC est conditionné au respect des consignes et contraintes de sécurité édictées dans l'acte d'engagement joint à la notice d'information.

Date et signature obligatoire du licencié R1-R2-R3-R5-R6 (ou si mineur, du représentant légal)

Attention : Les licenciés résidant à l'étranger ne disposent d'aucune garantie dans le pays de leur domicile.

Nature des garanties	Garanties de base	CIP option 1	CIP Option 2	CIP Option 3 (7)
Frais de soins accident	7.623 €	7.623 €	7.623 €	7.623 €
Prothèse dentaire	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent	336 € / dent
Lunettes de vue et lentilles	610 €	610 €	610 €	610 €
Prestations complémentaires	458 € pour les licenciés UFOLEP	1.525 €	1.525 €	1.525 €
Invalidité permanente :				
- de 1 à 50%	30.490 € x taux	76.225 € x taux	76.225 € x taux	76.225 € x taux
- de 51 à 100%	91.470 € x taux > 50% Maximum 60.980 €	228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €	228.674 € x taux > 50% Maximum 152.450 €
Décès par accident	6.098 € 7.623 € pour les licenciés UFOLEP	15.245 €	30.490 € + 7.623 € au conjoint + 3.812 € par enfant à charge (capital total maximum de 60.980 €)	6.098 € 7.623 € pour les licenciés UFOLEP
Tarifs 2019/2020	1,31 €	27,05 €	39,05 €	25,05 €

## Pour les licenciés Ufolep de risque R4

(Activités : 24021-Parachutisme - 24022-ULM - 24023-Vol à voile - 24024-Vol libre - 21031-VNM-Jet-ski)

Je prends note que ma licence ne procure aucune assurance, qu'il s'agisse de garanties en Responsabilité Civile comme de l'Individuelle Accident <sup>(6)</sup>. Je confirme avoir été informé (conformément à l'article L. 321-4 du Code du Sport) de l'intérêt à bénéficier de garanties Individuelle Accident couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

Date et signature obligatoire du licencié R4 (ou si mineur, du représentant légal)

(1) Consulter le règlement technique Ufolep précisant les notions d'animateur et d'officiels sportifs. (2) La licence Ufolep portera la mention « Pas de pratique compétitive ». (3) La copie du document sera remis au responsable légal ou au Président de l'association. (4) Le code du sport impose la présentation d'un certificat médical de non contre-indication pour la pratique du sport lors de la première prise de licence. Selon la nature de pratique (cf codification des activités), il est demandé un certificat médical tous les ans (si activité à conditions particulières), tous les 3 ans ou le renseignement d'un questionnaire santé (pour les activités ne nécessitant pas de certificat médical lors du renouvellement de licence). (5) Si toutes les données sont remplies la licence portera la mention « Licence Sport motocycliste ». (6) En cas de non acceptation, veuillez barrer le texte et écrire la mention « sans Individuelle Accident » et contacter votre responsable associatif. La date et la signature sont obligatoires. (7) L'option 3 est réservée aux mineurs n'exerçant pas une activité salariée et aux étudiants fiscalement à charge de leurs parents. (8) Veuillez prendre contact avec le responsable légal ou le président d'association pour connaître les éventuelles garanties directement souscrites par votre association auprès d'APAC Assurances.

**Traitement des données personnelles :** Les données à caractère personnel pouvant être recueillies par La LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT font l'objet de traitements ayant pour finalité la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats. Ces données à caractère personnel, celles relatives aux opérations d'affiliation, à la gestion des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, ainsi que dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude et en application de la législation dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, et le financement du terrorisme. Ces données pourront être utilisées pour la personnalisation des offres et l'envoi d'informations sur les produits et services proposés ou distribués par La LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT. Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de leurs données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Elles peuvent exercer ces droits à tout moment en adressant leur demande à l'adresse : [rgpd@ligue.org](mailto:rgpd@ligue.org). Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables.

Date d'homologation Ufolep