

DOSSIER INSCRIPTION 2025/2026

NOM : _____ PRENOM : _____

ACTIVITE : _____

☐ 1^{ère} inscription

☐ Réinscription

ADHERENT ☐

ENCADRANT ☐

DIRIGEANT / JUGES ☐

☐ Je souhaite recevoir la newsletter de la FSCF

TARIFS A L'ANNÉE			
FITNESS		ÉCOLE DES SPORTS	GYMNASTIQUE RYTHMIQUE
ADULTES		Pas d'activités pour le moment	LOISIRS 145 € 1 entraînement / semaine
1 COURS PAR SEMAINE 120 €	2 COURS PAR SEMAINE 220 € (Réduction incluse)		COMPÉTITION 200 € 2 entraînements / semaine
ENFANTS 95 €			COMPÉTITION 170 € 1 entraînement / semaine
☐ Adhésion annuelle			☐ Adhésion à la carte (section fitness uniquement)

Réservé à l'administration : (NE PAS REMPLIR)

Documents transmis :

- ☐ Fiche d'adhésion datée, remplie et signée,
- ☐ Fiche de renseignements complémentaires
- ☐ Photo d'identité
- ☐ Questionnaire de santé (ou certificat médical si nécessaire)
- ☐ Décharge / autorisation de sortie et fiche sanitaire datée, remplie et signée
- ☐ Copie du Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) si nécessaire
- ☐ Fiche licence FSCF (section GR, juges, dirigeant), datée, remplie et signée
↳ Ne pas oublier de remplir la partie assurance individuelle accident
- ☐ Règlement _____

Nom Payeur	Mode règlement	Date encaissement	Montant paiement

Fiche Inscription

2025/2026

Du 08/09/2025 au 28/06/2026



Accrochez votre
photo ici

☐ 1^{ère} inscription

☐ Réinscription

ADHERENT ☐

ENCADRANT ☐

DIRIGEANT / JUGES ☐

NOM : _____ Adresse : _____

PRENOM : _____

Sexe : ☐ F / ☐ M Date de naissance : _____ CP / Ville : _____

Ecole fréquentée et classe : _____ Téléphone Fixe : _____

Ou Profession : _____ Portable : _____

E-mail : _____

REPRISE DES COURS

LUNDI 08 SEPTEMBRE 2025

SECTION (cochez la ou les sections auxquelles vous souhaitez participer)		FITNESS ☐	GR ☐	MULTISPORTS ☐
☐ Adhésion annuelle		☐ Adhésion à la carte (section fitness uniquement)		
ACTIVITE	CATEGORIE	JOUR	HEURE	PRIX
TOTAL				
RÉDUCTION (réservé à l'administration) NE PAS REMPLIR				

Une réduction sera appliquée si vous vous inscrivez à plusieurs activités ou si vous êtes plusieurs membres d'une même famille (même foyer). (Se renseigner auprès du secrétariat)

Indiquez votre mode de règlement :

☐ Chèque

☐ Espèces

☐ Virement

☐ ANCV

☐ Bons U (4 maximum)

☐ Bon CAF/MSA

☐ PASS'Sports

TOURNEZ SVP →

Mairie de Pluherlin – 3 rue Saint Hernin 56220 PLUHERLIN – tél. : 06-75-61-78-46 – Mail : pierokamali56@gmail.com

Site internet : www.pierokamali.com – Association loi 1901 – APE 9312Z – SIRET 804 970 333 00014 – Affiliée à la FSCF n° 0560145

En adhérant à PIEROKAMALI, je reconnais :

- ◇ Avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur de PIEROKAMALI et des sections concernées, de la charte de l'adhérent, de la décharge de responsabilité, ces documents sont disponibles sur le site internet. Je (nous) m'(nous) engage(ons) à respecter les valeurs de l'association ainsi que les différents documents cités ci-dessus.
- ◇ Je m'engage à participer à la vie associative de l'association (manifestations, Assemblée Générale...)
- ◇ Pour les parents de mineurs, leur autorisation donnée à leur enfant de participer aux activités de l'association, leur engagement à valoriser l'implication de leur enfant, leur autorisation à faire soigner leur enfant et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence. Sauf cas de force majeure, l'enfant sera transporté dans le centre hospitalier le plus proche décidé par le SAMU.
- ◇ **Mon/notre engagement à informer le professeur avant la date butoir sur ma/notre présence ou non aux animations de Noël et/ou au spectacle de fin d'année**, et la possibilité de rembourser des frais avancés par l'association pour les tenues du spectacle. Je (nous) m'(nous) engage(ons) à participer à toutes les répétitions nécessaires. En cas d'absences trop répétées, le professeur se réserve le droit de ne pas me/nous compter dans les effectifs du spectacle. Si je/nous ne participe(ons) pas au spectacle, j'assiste aux cours/répétitions.
- ◇ L'adhésion à la l'association implique la saisie des données collectées dans l'application de gestion des activités ainsi que l'envoi de notre lettre d'information.
- ◇ Enfin je suis informé(e) que je pourrais être pris en photo et/ou vidéo dans le cadre des activités proposées par l'association dans le cadre de sa promotion et d'actions de communication (photos, affiches, film technique, Facebook, site internet, etc.). En cas de désaccord afin de préserver mon droit à l'image, j'en informerai par écrit l'association afin qu'aucuns films et/ou photos sur lesquels je figure ne soit publiés.
- ◇ **Aucun remboursement ne sera effectué.** Seuls les désistements liés à un problème grave de santé personnel (sur présentation d'un justificatif) peuvent éventuellement ouvrir droit à un remboursement au prorata des séances non effectuées, et minoré d'un forfait minimum de 35€ et la licence. (sous réserve d'acceptation du Bureau)

Date : _____ **Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)** _____ **Signature des parents pour l'adhérent mineur : (précédée de la mention « lu et approuvé »)** _____

Pour les adhérents mineurs :

Autorité parentale Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone Fixe : _____ Portable : _____

Votre enfant présente-t-il une allergie ? ☐ oui ☐ non Si oui, laquelle ? _____

Personne(s) à prévenir en cas d'accident

Mère : _____ Père : _____

Profession : _____ Profession : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Fixe : _____

Portable : _____ Portable : _____

Téléphone travail : _____ Téléphone travail : _____

Email : _____ Email : _____

Autre personne : _____ Lien de parenté : _____

Téléphone : _____



FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

(à remplir même si les réponses sont négatives)



PIEROKAMALI, association à but non lucratif de loi 1901, vit, organise la saison sportive et vous propose des événements (repas, gala...) uniquement grâce à la participation active de ses bénévoles.

« Le bénévolat, c'est l'art de la gratuité du cœur, du geste et du temps »

« Si le bénévolat n'est pas payé, ce n'est pas parce qu'il ne vaut rien mais parce qu'il n'a pas de prix » (Sheryl Anderson)

Si vous souhaitez participer à la vie du Club de quelque manière que ce soit, n'hésitez pas, vous êtes les bienvenu(e)s !

NOM : _____ PRENOM : _____

ACTIVITE : _____

Nous mettre en contact avec un sponsor / partenaire ✓ Si oui, merci de nous indiquer les coordonnées ci-dessous :	O U I ☐ N O N ☐
NOM & PRENOM DU CONTACT : _____ ENTREPRISE : _____ TEL : _____ MAIL : _____	
Aide pour le stand de Noël au Super U de Malansac et aux illuminations de Rochefort-en-Terre (du 20 au 24 décembre 2024) • Préparation de douceurs de Noël (sablés, roses des sables, etc.) • Vente	O U I ☐ N O N ☐ O U I ☐ N O N ☐
Être formé(e) au jugement en Gymnastique Rythmique¹ • Tronc commun • Module ○ Difficultés A ○ Difficultés B ○ Artistique ○ Exécution	O U I ☐ N O N ☐ O U I ☐ N O N ☐ O U I ☐ N O N ☐ O U I ☐ N O N ☐
Aide sur 1 compétition régionale GR (mars 2026, date à confirmer)	O U I ☐ N O N ☐
Aide sur le gala de fin d'année (juin 2026, date à confirmer)	O U I ☐ N O N ☐

Les dates exactes vous seront communiquées dès que possible.

¹ Certaines formations sont en e-learning (sur internet, à votre rythme).

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS - 2025/2026

ATTESTATION DE SANTÉ POUR LA PRISE D'UNE LICENCE SPORTIVE EN LOISIR OU LE RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE COMPÉTITION FSCF ET/OU L'ADHÉSION À PIEROKAMALI POUR L'ANNÉE 2025-2026

MERCI DE REPONDRE A TOUTES LES RUBRIQUES DE CE QUESTIONNAIRE.

Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /

Merci de répondre à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé par OUI ou par NON durant les douze derniers mois

		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À 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 ?	☐	☐
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

(NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ)

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : il est nécessaire de consulter votre médecin afin d'obtenir un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions : vous n'avez pas de nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive. Compléter et signer l'attestation et fournissez-la **sans le questionnaire** (que vous conserverez).

Je, soussigné(e) : Nom Prénom
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / / Sexe ☐ Mas. ☐ Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le / /

Signature du pratiquant

A
Le

ASSOCIATION

PIEROKAMALI

COMITE DEPARTEMENTAL

MORBIHAN

INFORMATION DU LICENCIÉ

NOM Prénom Sexe ☐ Masc. ☐ Fém.

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

/

/

Nationalité

Adresse

Code postal

Ville

Tél.

E-mail

Pour les Mineurs

NOM et Prénom du représentant légal

Tél.

E-mail

ACTIVITES PRATIQUES DANS MON ASSOCIATION

Etes-vous dirigeant, encadrant ou juge/arbitre dans l'une de ces activités ? (pour licencié de 16 ans ou plus)

☐ OUI

☐ NON

Si OUI, veuillez renseigner **OBLIGATOIREMENT** les champs suivants :

Nom de naissance :

Commune de naissance :

Numéro de département

Si né(e) à l'étranger

Ville de naissance

PAYS

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

☐ Création de licence

☐ Renouvellement de licence

Type de licence :

☐ AC

☐ CA

☐ CL

☐ AML

☐ AMC

☐ CD

☐ CE

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT FSCF

☐ Je reconnais (ou mon représentant légal pour les mineurs) avoir pris connaissance du tableau des garanties (l'intégralité de la notice d'information étant téléchargeable sur <http://www.fscf.asso.fr/assurances>). Je déclare adhérer à l'option* :

☐ MINI (2,00 €)

☐ MIDI* (4,00 €)

☐ MAXI* (6,00 €)

Tarifs 2024-2025 non actualisés pour 2025-2026. Un supplément pourra être demandé.

☐ Je (ou mon représentant légal pour les mineurs) refuse d'adhérer au contrat mais j'atteste avoir été informé(e) et incité(e) par mon association à souscrire cette assurance individuelle accident qui vient compléter mon régime obligatoire.

ATTESTATION DE SANTE / CERTIFICAT MEDICAL ACTIVITE EN COMPETITION

MINEURS

Attestation

Je déclare avoir transmis à l'association le talon de mon attestation de santé pour la pratique sportive attestant que toutes mes réponses étaient négatives.

du

/

/

Certificat Médical

En cas de réponse positive au questionnaire de santé (pour les mineurs), je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

du

/

/

MAJEURS

Licence compétition

(première licence ou renouvellement 3 ans)

Je déclare avoir transmis à l'association mon certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

du

/

/

Renouvellement et pratique loisir

Je déclare avoir transmis à l'association le talon de mon attestation de santé pour la pratique sportive attestant que toutes mes réponses étaient négatives.

du

/

/

DROIT À L'IMAGE / DONNEES PERSONNELLES

Droit à l'image : Je soussigné (ou mon responsable légal pour les mineurs), responsable de la structure mentionnée dans la case "ASSOCIATION" ci-dessus, reconnait l'adhérent pour lequel j'effectue la saisie m'autorise à insérer sa photo d'identité sur sa licence et qu'il autorise la FSCF 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 sur une durée de dix ans à compter de la captation de son image. Je reconnais avoir informé l'adhérent qu'il disposait d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concerne (art.34 de la loi "Informatique et libertés"), soit par son espace personnel, soit en contactant directement la Fédération Sportive et Culturelle de France.

☐ OUI

☐ NON

Condition d'utilisation des données : Je soussigné (ou mon responsable légal pour les mineurs), responsable de la structure mentionnée dans la case "ASSOCIATION" ci-dessus, déclare que la personne physique pour le compte de laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO, a pris connaissance de la réglementation fédérale et s'engage à la respecter.

☐ OUI

☐ NON

Offres de services FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO autorise la FSCF à lui adresser ses offres de services (accès à la formation, séjours jeunesse, développement d'activités, etc.).

☐ OUI

☐ NON

Offres promotionnelles des partenaires FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO autorise les partenaires de la FSCF à lui adresser des offres promotionnelles.

☐ OUI

☐ NON

Lettre d'information FSCF : Je déclare que la personne physique (ou mon responsable légal pour les mineurs) pour laquelle j'effectue la saisie sur ADAGIO souhaite recevoir la newsletter fédérale afin de suivre toute l'actualité de la FSCF.

☐ OUI

☐ NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature du licencié (ou du représentant légal)

Tampon de l'association (ou signature du président)

A

Le

* (Les deux dernières options ouvrant droit à des indemnités journalières en cas de perte de salaire)

Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux associations, comités départementaux, comités régionaux, de la FSCF et, sauf opposition, à nos partenaires. Conformément à la « Loi informatique et liberté » (loi n°78-17) et le règlement européen n°2016/679, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Le demandeur peut exercer ses droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FSCF par mail à « dpo@fscf.asso.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FSCF - D.P.O. 22 rue Oberkampf, 75011 PARIS.

TABLEAUX DES GARANTIES 2024/2025



TABLEAUX DE GARANTIES ACCIDENTS CORPORELS

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	MINI	MIDI	MAXI	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS DÉCÈS	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
Majoration du capital : Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé) Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		5 000 € 5 000 €		
INVALIDITÉ PERMANENTE Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	Franchise relative de 5%
INDEMNITÉ SUITE A COMA Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
INCAPACITÉ TEMPORAIRE	Néant	12 €	23 €	4 jours
REMBOURSEMENT DE SOINS (sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			NÉANT
<u>Avec une sous-limite de :</u> Frais hospitaliers Chambre particulière	Selon montant légal 30 € / jour, maxi 30 jours			NÉANT NÉANT
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) - Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	250 € (2) 250 € (2)	350 € (2) 350 € (2)	500 € (2) 500 € (2)	NÉANT NÉANT
- Prothèse auditive, par appareil (forfait) - Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.)	160 € (2) 160 € (2)			
Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			NÉANT
FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS	2 500 €			
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	1 600 €			15 jours d'arrêt
FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNÉE D'ÉTUDES	1 600 €			2 mois d'arrêt
FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE - En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%	1 600 €			35% d'IPP

(1) GARANTIE MAXIMUM 1 525 000 € EN CAS DE SINISTRE COLLECTIF - (2) CE MONTANT S'ENTEND PAR « SINISTRE ET PAR ANNÉE D'ASSURANCE » PAR ASSURÉ



TABLEAUX DE GARANTIES ASSISTANCE VOYAGE

NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs)		
Frais de transport de l'assuré blessé ou malade	Frais réels	NÉANT
Soins médicaux à l'étranger - Frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires	150 000 €	80 €
Prolongation de séjour avant rapatriement - Frais d'hôtel - Frais de transport retour - Rapatriement ou transport sanitaire Frais réels - Retour prématuré Frais réels - Transport et rapatriement du corps Frais réels - Retour des autres personnes Frais réels - Transport d'un membre de la famille Frais réels	80 € / nuit maximum 10 nuits Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels	
Frais d'hôtel - Caution pénale - Assistance juridique à l'étranger - Avance de fonds à l'étranger - Aide en cas de perte de documents d'identité - Aide en cas d'annulation ou retard d'avion - Transmission de message urgent - Chauffeur de remplacement - Assistance aux enfants et petits enfants Billet A/R (train ou avion) - Accompagnement psychologique	80 € / jour maximum 10 nuits 15 000 € 1 500 € 500 € GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	NÉANT