

Rémire Montjoly Bike  
339 Rue des Lauriers Roses  
Cité les Âmes Claires  
97354 Rémire Montjoly  
Mail : [vtt.guyane.973@gmail.com](mailto:vtt.guyane.973@gmail.com)  
Port: 0694.40.25.10 / 0694.98.19.36



## BULLETIN INSCRIPTION 2026/2027 ÉCOLE DE VTT

NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

.....

VILLE : ..... CP : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

### REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE:.....

TÉL : ..... MAIL : .....

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE:.....

TÉL : ..... MAIL : .....

Nom et prénom des personnes à prévenir en cas d'accident :

NOM : ..... PRÉNOM : ..... TÉL : .....

NOM DU MÉDECIN TRAITANT : ..... TÉL : .....

PROBLÈME MÉDICAL (allergies...) : .....

.....

J'autorise un responsable à prendre toutes les dispositions nécessaires dans le cas où un accident interviendrait à mon enfant.

J'autorise le Rémire Montjoly Bike à mettre en ligne sur son site internet et sur ses réseaux sociaux des photos et vidéos prises dans le cadre de l'activité de l'association.

☐ Je souhaite intégrer le groupe whats'app de l'association pour avoir en temps réel toutes les informations. Merci de confirmer le numéro à ajouter au groupe : .....

Fait à ..... le .....

(Noms et signatures des parents ou du représentant légal)



Date d'adhésion :

Nom ou N° de votre association

Les informations communiquées doivent être identiques à celles présentes sur votre pièce d'identité :

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :

Instagram :

### Mineur-e moins de 12 ans

Si vous avez moins de 12 ans, veuillez renseigner le nom d'un représentant légal qui recevra une copie de votre licence Ufolep.

Civilité : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom Prénom :

Date de naissance :

Mail :

### Je suis...

- ☐ Dirigeante  
☐ Animateur.trice  
☐ Officiel.le  
☐ Formateur.trice  
☐ Accompagnateur.trice

Les licences Dirigeant.e, Animateur.trice, Officiel.le, Formateur.trice, Accompagnateur.trice sont soumises au contrôle de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de votre identité seront transmis par l'Ufolep nationale aux services de l'Etat afin de procéder au contrôle automatisé.

Nous vous invitons à remplir les informations demandées sous le même format que celles présentes sur votre carte nationale d'identité.

☐ Pratiquant.e

En cochant uniquement Dirigeant.e/Animateur.trice/Officiel.le vous ne pouvez pas faire de pratique sportive de loisirs ou de compétition. Il faut compléter en cochant «Pratiquant».

### Honorabilité

Nom d'usage :

Prénom(s) :

Nom de naissance :

Etes vous né(e) en France ?

☐ Oui : N° de département

Ville de naissance

☐ Non : Ville et Pays de naissance

Si vous choisissez une licence Dirigeant.e, Animateur.trice, Officiel.le, pour le contrôle d'honorabilité, compléter avec :

Nom et prénom de votre père :

Nom et prénom de votre mère :

### Vos activités sportives

Veuillez détailler dans le tableau vos activités en indiquant :

- votre activité principale (pour faciliter nos statistiques),
- si vous êtes «Pratiquant.e», pour chaque activité renseigner si vous avez une pratique de loisirs ou de compétition.
- si vous êtes «Officiel.le» ou «Animateur.trice», les activités concernées

| Activité principale      | Code et nom de l'activité | Pratique en Compétition  | Pratique de loisirs      | Officiel-le ou Animateur-trice |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <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"/> | <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"/> | <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"/> | <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"/>       |

Pour les activités Moto (29034-Moto-Cross, 29032-Moto-Enduro, 29035-Moto-Trial et 29033-Moto-Vitesse), l'homologation de licence Ufolep nécessite de fournir un CASM :

Date d'obtention du CASM Moto :

Numéro du CASM Moto :

### Divers

Etes-vous licencié-e à une autre fédération sportive ? ☐ Oui ☐ Non  
Si Oui précisez la fédération :

Présentez-vous un handicap mental physique, sensoriel, psychique ou mental ? (Information facultative soumise au libre consentement de la personne de la communiquer. Recueillie dans le but d'adapter l'offre sportive proposée) ☐ Oui ☐ Non

Acceptez-vous que l'Ufolep communique vos coordonnées à des tiers partenaires (Consultez la liste sur www.ufolep.org) ? ☐ Oui ☐ Non

### Accès à votre licence

Dès que votre licence sera validée par le comité Ufolep, vous recevrez un email avec les informations de votre licence et vous pourrez accéder à votre espace personnel sur www.liguasso.org si vous souhaitez faire des modifications et imprimer la copie de votre licence.

signal-sports@sports.gouv.fr

S'interroger, c'est AGIR.  
Écouter et signaler  
c'est RÉAGIR et METTRE FIN  
Philippe Lemaire

## Assurance fédérale Ufolep

Conformément aux obligations d'informations prévues par les articles L.321-4 et L.321-6 du Code du sport, je reconnais :

- être informé-e des termes et limites des garanties d'assurance dites « garanties de base » incluses automatiquement à ma licence et de la possibilité de renoncer aux garanties prévues en cas d'accident corporel (ou Individuelle accident) par courrier adressé à l'UFOLEP-Assurance - 3 rue Juliette Récamier - 75341 Paris cedex 07.
- être informé-e des risques encourus liés à la pratique de mon activité sportive et reconnais avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire des garanties complémentaires facultatives proposées par l'assureur AXA par l'intermédiaire de l'UFOLEP, des termes et limites de ces garanties, et de la possibilité de souscrire ces garanties auprès de l'assureur de mon choix.
- avoir pris connaissance de l'extrait des Conditions Générales valant Notice d'information intégré dans le présent document conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances et que les assurances intégrées dans la licence délivrée et/ou proposées par l'UFOLEP ne couvrent que les accidents relevant d'une pratique autorisée par l'UFOLEP.
- être informé-e de l'existence de garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques. Le cas échéant, si je souscris la présente licence en qualité de mandataire j'atteste que mon/ma mandant-e est informé-e de l'ensemble des termes et conditions susvisés.

## Garanties complémentaires facultatives

Si les garanties Individuelle Accidents souscrites par l'UFOLEP pour l'ensemble de ses licencié-e-s sont amélioré-e-s, votre situation personnelle peut vous amener à souscrire l'une des deux options complémentaires proposées.

Ces options permettent d'améliorer votre protection :

- en cas de **perte de revenus** suite à un accident survenu dans le cadre de votre pratique sportive.
- en cas d'**invalidité grave** avec des garanties très largement supérieures (jusqu'à 500 000€) et similaires à ce qui peut être proposé par des fédérations de sports à risque.
- en cas de **décès**.

| Garanties modifiées                               | Base                 | Option 1                                         | Option 2                                         |
|---------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Indemnités Journalières en cas d'arrêt de travail | NEANT                | 10€ par jour pendant 90j (franchise de 10 jours) | 15€ par jour pendant 90j (franchise de 10 jours) |
| Invalidité Permanente Sup 66 %                    | Taux x 150 000 €     | Taux x 350 000 €                                 | Taux x 500 000 €                                 |
| Décès                                             | 15 000€              | 20 000€                                          | 40 000€                                          |
| Prime TTC                                         | Intégré à la licence | 15 € par an                                      | 30 € par an                                      |

Pour retrouver l'ensemble des informations assurance :  
<https://www.ufolep.org/assurances>

### En foi de quoi, je décide :

(cocher obligatoirement l'une des trois cases. Si elles sont souscrites les garanties complémentaires facultatives complètent les garanties de base de la licence).

- ☐ de souscrire à la garantie complémentaire facultative Option 1
- ☐ de souscrire à la garantie complémentaire facultative Option 2
- ☐ de ne pas souscrire aux garanties complémentaires facultatives.

## Santé du licencié-e

Les licencié-e-s sont soumis-e à un questionnaire de santé qui permettra de savoir s'ils doivent fournir un certificat médical d'absence de contre-indication.

Les licenciés pratiquant une discipline à contraintes particulières (cf article D.231-1-5 du code du sport) se doivent de présenter un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée. Sont concernés pour l'UFOLEP: Le rugby, La plongée subaquatique y compris souterraine ; Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ; Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du karting et du modélisme automobile radioguidé ; Les disciplines motonautiques.

Pour les mineur-e-s agé-e-s de moins de 18 ans, le questionnaire de santé sera rempli avec un des responsables de l'autorité parentale.

- ☐ J'ai rempli un questionnaire de santé et j'atteste avoir répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire de santé
- ☐ Je remets à mon responsable associatif un certificat médical d'absence de contre-indication de la/les disciplines de moins d'un an. Date du certificat : \_\_\_\_\_

### TRANCHES D'ÂGE DU/DE LA LICENCIÉ-E

Le calcul de l'âge du/de la licencié-e est calculé au 1er septembre 2026. Sa tranche d'âge est calculée selon les années suivantes :

Adulte = né-e en 2009 et avant (17 ans et plus)

Jeune = né-e entre 2010 et 2015 (11 à 16 ans)

Enfant = né-e en 2016 et après (10 ans et moins)

### TRAITEMENT DE VOS DONNEES PERSONNELLES

**Les données à caractère personnel recueillies par La Ligue de l'enseignement font l'objet de traitements dont les finalités sont les suivantes :** Réception et gestion de la demande d'inscription / Gestion du processus d'affiliation de l'Association / Gestion de l'adhésion des membres de l'association / Suivi et amélioration de la relation partenariale / Transmission d'informations sur les services et prestations de La Ligue de l'enseignement / Respect de l'obligation de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et la lutte contre le terrorisme.

**Vous disposez des droits suivants sur vos données personnelles que vous pouvez exercer à tout moment à l'adresse suivante: [dpo@laligue.org](mailto:dpo@laligue.org) :** Droit d'accès et de rectification / Droit de suppression / Droit d'opposition / Droit à la portabilité de vos données / Droit à la limitation des données personnelles / Droit de retirer votre consentement / Droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL / Droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé des données.

## Signature

Date et signature du licencié-e:

La date de début de validité de votre licence Ufolep sera la date d'homologation par le comité Ufolep départemental.

Validation départementale  
Date de réception

\_\_\_\_\_

Date d'homologation Ufolep

\_\_\_\_\_

Confirmation du n° d'adhésion

\_\_\_\_\_

**pass**  
**Sport**

Fédération sportive de

la ligue de  
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire



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 ☐ Un garçon

Quel âge as-tu ?

| Depuis l'année dernière                                                                                  | OUI | NON |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                |     |     |
| As-tu été opéré (e) ?                                                                                    |     |     |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                       |     |     |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                        |     |     |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                          |     |     |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       |     |     |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? |     |     |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         |     |     |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                    |     |     |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          |     |     |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                        |     |     |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           |     |     |

| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)                                                        | OUI | NON |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                       |     |     |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                 |     |     |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                |     |     |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                      |     |     |
| Pleures-tu plus souvent ?                                                                           |     |     |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? |     |     |

| Aujourd'hui                                                               | OUI | NON |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? |     |     |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?      |     |     |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?         |     |     |

| Questions à faire remplir par tes parents                                                                                                                                                                               | OUI | NON |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 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 ?                                                                              |     |     |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    |     |     |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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.) |     |     |

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.

### Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le-la licencié.e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

