



N°

Saison 2026-2027

Demande d'adhésion CSA Royal Artillerie

<u>Adresse :</u>	<u>Nom :</u>	PHOTO
	<u>Prénom :</u>	
<u>EMAIL :</u>	<u>Né(e) le :</u>	
<u>Téléphone :</u>	<u>A :</u> () <u>Sexe :</u> M ☐ F ☐	

Personne à prévenir :**Tel :**

CATÉGORIES (cocher la case correspondante)			
Militaire sous contrat	☐	Civil relevant de la défense*	☐
Militaire de carrière	☐	Civil extérieur à la défense	☐
Militaire retraité *	☐	Famille de militaire en activité*	☐
Militaire réserviste *	☐	Famille militaire et civil retraité défense*	☐

*Fournir un justificatif

Militaire retraité relevant de la CNMSS cocher cette case☐

SECTIONS	MILITAIRES	CIVILS	MONTANT
AïKIDO	15 €	30 €	
AQUAGYM	35 €	45 €	
MUSCULATION	35 €	50 €	
NATATION	15 €	40 €	
PLONGÉE* (Certificat Médical)	15 €*	20 €*	
TRIATHLON	35 €	40 €	
CYCLISME	15 €	20 €	
FUTSAL	20 €	25 €	
BASKET	20 €	25 €	
SUPPLÉMENT NATATION (pour toute adhésion à une autre section)	5 €	10 €	
LICENCE FCD / si militaire retraité relevant de la CNMSS (fournir attestation)			30 € / 8 € si CNMSS
TOTAL			

*Licence fédérale FFESSM et cotisation club à prévoir, contacter le responsable.

DOCUMENTS NÉCESSAIRES A L'INSCRIPTION :

- ☐ 2 photos (dont une collée sur ce document)
- ☐ 1 attestation de questionnaire de santé
- ☐ 1 paiement par chèque (ordre CSA Royal Artillerie) ou espèces
- ☐ 1 certificat de sécurité (CE SOPHIA) (pour les civils uniquement)

A Belfort, le

Je reconnais avoir pris connaissance de mon adhésion et me conformer au règlement intérieur du C.S.A. ROYAL ARTILLERIE et autorise les droits à l'image pour le CSA dans le cadre de sa communication.

Signature de l'adhérent :
(Parents pour les mineurs)

Visa du responsable de section :

DROIT A L'IMAGE :

AUTORISE LE DROIT A L'IMAGE ☐
N'AUTORISE PAS LE DROIT A L'IMAGE ☐

Signature de l'adhérent :

Pour les mineurs :

Nom **Prénom** **Date de naissance**

Je soussigné : Mme/Mr Père/Mère/Tuteur (*)

*Barrer les mentions inutiles

AUTORISE LE DROIT A L'IMAGE ☐
N'AUTORISE PAS LE DROIT A L'IMAGE ☐

Signature des 2 parents :

RESPONSABILITE EN CAS D'ACCIDENT (pour les mineurs) :

Autorise le responsable du CSA **section :** à prendre toutes les dispositions utiles en cas d'accident, d'urgence médicale ou chirurgicale, toute les mesures seront prises pour me contacter.

Au cas où l'on ne pourrait me joindre, j'autorise le responsable du CSA **section :** à prendre toutes les dispositions nécessaires y compris une hospitalisation ou intervention chirurgicale sans attendre mon accord.

Fait à **le**

Signature des 2 parents :

Précédée de la mention « lu et approuvé »

CONTROLE ANTI-DOPAGE :

Je soussigné Mme/Mr Père Mère Tuteur (*) **de :**

Né(e) le : Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, effectué dans le cadre de la lutte contre le dopage, sur ce dernier / cette dernière.

*Barrer les mentions inutiles

Fait à **le**
Pour faire valoir ce que de droit.

Signature des 2 parents :

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE :

Il est porté à la connaissance de chaque adhérent qu'une assurance complémentaire facultative peut être souscrite auprès de n'importe quelle assurance.

Pris connaissance de cette information **le**

Signature de l'adhérent :

1 Placer le curseur de la souris au dessus d'un champ pour obtenir de l'aide (affichage de bulle d'aide).



Enregistrer le formulaire

Vérifier le formulaire



* : champ obligatoire (codes postaux : indiquer "99999" si pays étranger).

CONFIDENTIEL PERSONNEL DEMANDE DE CONTRÔLE PRIMAIRE

Version 2.0 - Avril 2022

1 Organisme demandeur.

Motif de la demande* : Accès à une zone protégée (ZP)

Attache de
l'organisme
demandeur* :

1er régiment d'artillerie
Quartier Ailleret BP 60539
90016 BELFORT CEDEX

Date* :

N° de la demande* :

Téléphone* :

Nom* :

JUNG PATRICK

Qualité* :

OSA

2 Renseignements d'identité.

Nom de naissance* :

Sexe* : ☒ M ☐ F

Prénoms* :

Date de naissance* :

Lieu de naissance

Pays* :

Code postal* :

Ville* :

Nationalité(s)

Nationalité actuelle* :

Nationalité à la naissance* :

Autre nationalité actuelle :

Autre nationalité à la naissance :

Année d'acquisition de la nationalité française :

Année d'arrivée en France :

Domicile

Depuis le* :

Pays* :

Code postal* :

Commune* :

N° rue* :

Domicile précédent

☐ Cocher si sans objet

Depuis le :

Pays :

Code postal :

Commune :

N° rue :

3 Renseignements professionnels.

Grade, qualité, employeur* :

☒ Civil ☐ Militaire

Fonction, profession* :

Type d'activité* :

4

Environnement Numerique

Dans le cadre de la protection liée au bon usage des réseaux sociaux (et des nouvelles plateformes d'échanges numériques), vous devez renseigner le document suivant à partir des informations dont vous disposez.

1. Utilisez-vous des réseaux sociaux ? (cocher la case correspondante)

OUI ☐ NON ☐

2. Si oui, à quelle fréquence les utilisez-vous ?

Rarement ☐ Occasionnellement ☐ Souvent ☐ Très souvent ☐

3. Quel(s) réseau(x) utilisez-vous ?

Nom du réseau		Pseudo utilisé
Autre :		
(précisez le nom)		
Autre :		
(précisez le nom)		
Autre :		
(précisez le nom)		
Autre :		
(précisez le nom)		

4. Utilisez-vous d'autres numéros de téléphone ou adresses emails que ceux mentionnés précédemment ?

Adresse email	Numéro de téléphone

5

Attestation de la personne sujette au contrôle élémentaire.

Je,

a) Reconnais être informé(e) :

- que je dispose d'un droit d'accès et de rectification, en application des articles 34 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés que je pourrai exercer auprès des services du haut fonctionnaire de défense et de sécurité du ministère de la défense ;
 - que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la protection du secret de la défense nationale ;
 - que les destinataires des données de ce traitement sont, en fonction de leurs attributions et dans la limite du besoin d'en connaître, les services du haut fonctionnaire de défense et de sécurité du ministère des armées.
- b) Certifie l'exactitude des renseignements que j'ai fournis.

Lieu* :

Date* :

Signature

Formulaire modèle : V 2.0

Avril 2022 - Compatibilité : Acrobat Reader V 8, 9, 10, XI et SOPHIA

SOPHIA est un système d'information conçu pour assurer la sécurité des informations échangées par voie électronique conformément, notamment, aux dispositions de l'article 9 de l'ordonnance n°2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives ainsi qu'entre les autorités administratives.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MAJEUR – FCD

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
Durant les douze derniers mois :			
1.	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	☐	☐
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 dans 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 ?	☐	☐
10.	Êtes-vous reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?	☐	☐
<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.			

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ MINEUR – FCD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant d'autorité : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

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 ☐		Ton âge : _ _ ans	
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)			
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			
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			
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 ? (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.)		☐	☐
L'enfant est-il reconnu en situation de handicap pouvant contre-indiquer la pratique de certaines activités physiques et sportives ?		☐	☐



ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme¹

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme¹

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant²

Date et signature :

¹ Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

² Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal