



# FICHE INSCRIPTION ET REINSCRIPTION 2024

## Choix cotisation club : (cochez votre choix)

<input type="checkbox"/>	<b>Moins de 25 ans titulaire du BIA (en cours ou moins de 3ans), Membre RSA, Membre sympathisant</b>	<b>50€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Cotisation de passage (validité 1 mois, renouvelable 1 fois sur mois consécutif) (Sous réserve d'être licencié FFA et déjà inscrit dans un autre aéroclub affilié FFA)</b>	<b>50€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Cotisation jeune (moins de 25 ans)</b>	<b>140€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Cotisation normale (plus de 25 ans)</b>	<b>220€</b>

## Licence FFA: (cochez votre choix)

Format Licence :

Format dématérialisé (mail)

Format habituel (carte)

<input type="checkbox"/>	<b>Licence seule</b> <i>la FFA vous demande d'avoir une assurance responsabilité civile qui couvre les risques équivalents et de donner le nom de votre assureur et votre n° de contrat</i>	<b>75€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Licence avec assurance de base</b> <i>l'assurance de base est conseillée</i>	<b>89€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Licence + assurance base + info pilote</b>	<b>136€</b>

## Informations pilote (élève pilote)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

**Qualifications :** Elève Pilote  PPL  LAPL  N° \_\_\_\_\_

Visite médicale : Classe 1  Classe 2  Validité : \_\_\_\_\_ SEP  Validité \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**J'atteste avoir rempli le questionnaire de santé sport et avoir répondu « NON » à toutes les questions. Un seul « OUI » à l'une des questions nécessite de consulter votre médecin aéronautique. (D231-1-4 du code du sport)**

Montant cotisation club : \_\_\_\_\_ €

Montant Licence FFA : \_\_\_\_\_ €

TOTAL : \_\_\_\_\_ €

Si licence prise dans un autre club précisez votre n° de licence et votre club et/ou  
Si déjà inscrit dans un autre club précisez le nom du club :



**A savoir!**

**Votre compte pilote doit être approvisionné en conséquence avant toute prise de validités!!**

Date : \_\_\_\_\_ Signature du pilote, élève pilote ou représentant légal (mineur) : \_\_\_\_\_

En signant ce document je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la politique de protection des données personnelles de l'aéroclub de Dax.

**CADRE RESERVE ADMINISTRATEUR (saisie faite sur Openflyers et Smile FFA)**

**Saisie faite le \_\_\_\_\_ par : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_**

## 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 atteste, 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.