



SAISON 2026 – 2027

« Adultes »



NOM : PRÉNOM :

Niveau de plongée : Date certificat médical :

Suivez-vous un traitement de moyenne ou longue durée : oui ☐ non ☐

Si oui, il est IMPÉRATIF d'en parler avec le médecin qui établit votre certificat médical (CACI) pour la plongée.

Le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la Plongée peut-être établi par tout médecin.

Il est valable 1 an et il est vivement conseillé qu'il soit rédigé sur le modèle fédéral.

VOUS DEVEZ EN CONSERVER UN DOUBLE

TARIFS 2026-2027 (cocher les cases concernées)

ADHÉSION : (licence incluse)

Tarif Adulte (17 ans et +) 170 € ☐

Tarif Apnée 100 € ☐

créneau CODEP du mercredi uniquement

FORMATIONS : (carte de niveau non comprise)

Formation niveau 1 45 € ☐

Formation niveau 2 50 € ☐

Formation niveau 3 55 € ☐

RÈGLEMENT : (Adhésion + Formation)

Par chèque, en espèces, autres (PassSport...) : 170 € + formation Chèque à l'ordre de : ASPTT Limoges Plongée

Par chèque vacances (ANCV) : 170 € + formation + frais de 3% sur la partie payée en chèque vacances

POUR INFO

ASSURANCE INDIVIDUELLE :

Du seul fait de votre licence, vous bénéficiez de la garantie « Responsabilité Civile » qui vous couvre pour les dommages involontaires que vous pourriez causer à autrui. Mais elle ne couvre pas les accidents dont vous pouvez, vous, être victime sans tiers responsable. Nous vous conseillons donc de souscrire à une assurance individuelle complémentaire de votre choix. Ci-dessous la proposition de l'assurance Lafont proposée par la FFESSM.

La démarche de souscription est à effectuer directement sur leur site <https://www.ffessm.lafont-assurances.com>

Assurance Loisir 1 de base	25 €	Assurance Loisir 1 Top	48 €
Assurance Loisir 2 de base	30 €	Assurance Loisir 2 Top	59,50 €
Assurance Loisir 3 de base	51 €	Assurance Loisir 3 Top	99 €

DIVERS :

Merci de nous indiquer si vous êtes intéressé par les formations suivantes durant cette saison :

RIFAP ☐ RIFAP recyclage ☐ Nitrox ☐ Nitrox confirmé ☐ Initiateur ☐ Gonflage ☐

En signant cette fiche, vous déclarez avoir également pris connaissance du **Règlement Intérieur** de la Section Plongée disponible sur notre site internet.

DATE :

SIGNATURE :

PAGE BLANCHE
POUR IMPRESSION
RECTO-VERSO

Certificat médical d'Absence de Contre-Indication à la pratique des activités subaquatiques

Je soussigné(e) Docteur,

Exerçant à,

médecin, généraliste* du sport* diplômé de médecine subaquatique* fédéral* autre* :

Rayez la mention inutile*

Certifie avoir examiné ce jour : **NOM** :

Prénom :

Né(e) le

et ne pas avoir constaté, sous réserve de l'exactitude de ses déclarations, de contre-indication cliniquement décelable à la pratique :

☐ **de l'ensemble des activités subaquatiques fédérales**

Ou bien seulement (cocher) : ☐ des activités de plongée en scaphandre autonome

☐ des activités en apnée

☐ de l'apnée en profondeur au-delà de 6 m

☐ des activités de nage avec accessoires

☐ **de la ou des activité(s) suivante(s) EN COMPÉTITION** (spécifier en toute lettre) :

☐ **de la plongée sous-marine et des activités subaquatiques avec les limites et préconisations suivantes (encadrement, enseignement, profondeur et durée maximales autorisées, plongée sans paliers obligatoires, gaz respiré ... à préciser)**

Des conseils de prévention ont été délivrés s'il existe un risque identifié d'accident de désaturation, d'œdème pulmonaire d'immersion ou d'un autre accident en référence aux préconisations de la CMPN-

Pour mémoire les particularités suivantes nécessitent un certificat délivré par un médecin fédéral, du sport ou qualifié :

- TRIMIX Hypoxique

- APNÉE en PROFONDEUR > 6 mètres en compétition

- Reprise de l'activité après accident de plongée

NOMBRE DE ☐ COCHÉE(S) (obligatoire) :

Pour la pratique handisub se référer au site : <http://medical.ffessm.fr>

Pour les disciplines à contraintes particulières (plongée scaphandre et apnée en fosse ou milieu naturel), le CACI est obligatoire annuellement pour tous, majeurs et mineurs

Pour les autres disciplines fédérales non à contraintes particulières, le CACI est obligatoire annuellement pour les pratiquants âgés de 18 ans et plus (questionnaire de santé pour les mineurs).

En cas de modification de l'état de santé ou d'accident de plongée, la validité de ce certificat est suspendue.

En cas de pratique compétitive, l'absence de contre-indication à la pratique en compétition de la discipline concernée devra être spécifiée sur le CACI.

Ce certificat est remis en main propre à l'intéressé ou son représentant légal.

Fait à :

Date :

Signature et cachet :

Cher Confrère

Vous recevez un pratiquant de nos activités fédérales subaquatiques pour la délivrance de son certificat médical d'absence de contre-indication à sa pratique sportive.

La commission médicale et de prévention nationale met à disposition des médecins des préconisations relatives à l'examen médical préalable à la pratique des activités subaquatiques fédérales, des conseils et recommandations relatives aux restrictions de pratique ainsi que les listes indicatives de contre-indication à nos disciplines sportives... que vous pouvez retrouver sur notre site internet : <http://medical.ffessm.fr> ou en scannant ce QR code :



Lors de la visite médicale, nous vous conseillons en particulier :

- de prêter attention à la sphère ORL pour les pratiquants débutant surtout (audition, équilibre, audition tympanique, antécédents de chirurgie ORL), de recommander une bonne hygiène buccodentaire et la réalisation des soins dentaires nécessaires le cas échéant*
- de prêter une attention particulière à la sphère cardio respiratoire (évaluation des facteurs de risques cardiovasculaires et contrôle de ceux-ci, évaluation des antécédents pulmonaires et respiratoires...)*

En cas de pathologie particulière, de facteurs de risques d'accident spécifique, des limitations de pratique ou un cursus de pratique adapté peuvent être recommandés et précisés sur le CACI.

En cas de doute, votre commission médicale régionale se tient à votre disposition pour vous aider dans vos prises de décision : <https://medical.ffessm.fr/trouver-un-medecin-federal>

BULLETIN D'ADHÉSION

2026 - 2027

Section : **PLONGEE**

Date d'arrivée : _____

N° : _____

Par : _____

ACTIVITÉ

- | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ☐ Aquagym | ☐ Cyclotourisme | ☐ Handi Futsal | ☐ Karaté | ☐ Natation | ☐ Tennis |
| ☐ Badminton | ☐ Football/Futsal | ☐ Hockey-sur-gazon | ☐ Kidisport | ☐ Pétanque | ☐ Water-Polo |
| ☐ Basket-Ball | ☐ Gym/Fitness | ☐ Hockey-sur-glace | ☐ Lutte | ☒ Plongée | ☐ Danse |
| ☐ Bowling | ☐ Golf | ☐ Judo | ☐ Musculation | ☐ Showdown | ☐ Roller |
| ☐ Running | ☐ Sport senior | | | | |

Si seconde activité, réduction de 25€ sur la deuxième adhésion : _____

IDENTITÉ DE L'ADHÉRENT

Cadre réservé à l'adhérent

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

☐ Création

☐ Renouvellement

Nom : _____ Prénom : _____

Genre : ☐ Homme / Femme ☐ Date naissance : _____ Lieu de naissance (+dep) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Profession : _____ Fonction publique ? ☐ Oui ☐ Non

☐ La Poste / Identifiant RH : _____ Bénévole encadrant ? ☐ Oui (Honorabilité obligatoire) ☐ Non

CERTIFICAT MÉDICAL

Cadre réservé au médecin

*Le certificat médical n'est plus obligatoire pour les mineurs !

MAJEUR : NOUVEL ADHÉRENT OU CHANGEMENT DE DISCIPLINE → OBLIGATION DU CERTIFICAT MÉDICAL

Renouvellement Adhérent (même discipline) : si le certificat date de moins de 3 ans, répondre au questionnaire de santé (en annexe) :

Situation 1 : réponse négative au questionnaire = Pas besoin de certificat médical (cocher la case "Attestation Questionnaire Santé")

Situation 2 : réponse positive au questionnaire = **Obligation du certificat médical !**

"J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou de cette discipline."

☐ ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Certificat médical du (date) : _____ un certificat au club, il y a moins de 3 ans :

☐ Personne majeure : Questionnaire de santé majeur

☐ Personne mineure : Questionnaire de santé mineur

Si le certificat médical est déjà sur la demande de licence de votre fédération, merci de préciser les informations suivantes ou d'en joindre une copie :

DATE : _____

N° du médecin : _____

Nom du médecin : _____

Si le certificat médical est déjà sur la demande de licence de votre fédération, merci de préciser les informations suivantes ou d'en joindre une copie :

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, _____ certifie avoir examiné, ce jour, M/Mme _____

né(e) le _____, et n'avoir pas constaté de signes apparents contre-indiquant la pratique des sports suivants :

Fait à _____

Signature et cachet du médecin :

Le _____

**FOURNIR CACI
JOINT AU DOSSIER**

PROTECTION DES DONNÉES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.

Il peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

- ☐ Je ne souhaite pas que les photos, les vidéos et interviews réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site Internet par des moyens de reproduction photomécaniques (droit image).
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir les informations de mon club ASPTT LIMOGES
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.
- ☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

CONTRÔLE DE L'HONORABILITE

OBLIGATOIRE si fonctions exercées ci-dessous

J'atteste exercer la ou les fonctions de :

- ☐ Encadrant ☐ Dirigeant ☐ Arbitre ☐ Maître-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du Code du Sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du Code du Sport soit effectué.

- ☐ J'ai compris et j'accepte ce contrôle
- ☐ Je refuse ce contrôle et renonce de fait à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et prénom de naissance (si différent de l'usage): _____

Lieu de naissance : _____

Né en France : Département : _____ Commune : _____

Né à l'étranger : Pays : _____ Ville : _____

Si né à l'étranger :

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Prénom de la mère : _____ Prénom du père : _____

*: toutes les mentions sont obligatoires

CADRE RÉSERVÉ À LA SECTION

N° Licence Délégitaire (obligatoire) : _____

☐ Bénévole ☐ Loisir ☐ Compétition Catégorie : _____

BULLETIN D'ADHÉSION

2026 - 2027

MINEUR

A REMPLIR EN MAJUSCULE !

PÈRE

MÈRE

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Profession : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Profession : _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M. ou Mme, _____

Représentant légal de : _____ certifie lui donner autorisation pour :

- ☐ Se licencier à la FSASPTT et adhérer à l'ASPTT Limoges pour toutes les activités ;
- ☐ Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessaires pour les compétitions sportives officielles, amicales, ou de loisirs au cours de la saison.
- ☐ J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'accident est : _____

Téléphone portable : _____ E-mail : _____

ASSURANCES

L'établissement d'une **Licence ASPTT PREMIUM** permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels » ou « Assistance aux personnes ».

Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

REFUS D'ASSURANCE « DOMMAGES CORPORELS » ET/OU « ASSISTANCE AUX PERSONNES »

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » et/ou de l'assurance « Assistance aux personnes », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussigné(é) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- ☐ Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- ☐ Des statuts et règlements (disponibles au secrétariat de l'association)

Je reconnais avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à l'intégrité physique et :

Je ne souhaite pas souscrire : ☐ d'assurance « Dommages Corporels » 1,60€ ☐ d'assurance « Assistance aux Personnes » 0,23€

BULLETIN D'ADHÉSION

2026 - 2027

TARIF SECTION

- Tarif à payer =
- Réduction éventuelle (Justif) =
- Tarif final payé =
- Mode de paiement : ☐ Chèque ☐ Espèces ☐ Virement ☐ Autres :
- Nombre de paiement : ☐ 1 fois ☐ 2 fois ☐ 3 fois ☐ 4 fois

AMENDES

Je m'engage à m'acquitter de toutes sanctions et pénalités financières qui me seraient infligées ou à mon enfant mineur dans le cadre de la pratique, par tout organisme habilité (fédérations, ligues, comités, propriétaire des locaux...). J'atteste avoir conscience que le coût de ces amendes et sanctions, ainsi que les frais de dossier, de commission, de correspondance et de déplacement qui en découlent et qui sont liés aux sanctions sportives ou administratives sont à la charge du licencié incriminé et doivent être remboursées à la section sous quinze jours.

PAIEMENT

- ☐ J'ai pris connaissance que les licences et cotisations versées à l'association sont définitivement acquises, et ne saurais exiger un remboursement de cotisation en cours d'année en cas de démission, exclusion, ou tout autre cas de force majeure.

AVANTAGE LICENCIÉS

PROFITEZ DE LA SALLE DE SPORT - MUSCULATION POUR 100€ AU LIEU DE 160€ ET DE L'ACCÈS À LA SECTION RUNNING POUR 40€ AU LIEU DE 80€.

☐ Je souhaite profiter de l'avantage licencié musculation

☐ Je souhaite profiter de l'avantage licencié running

Règlement reçu le : _____ ☐ Chèque bancaire ☐ Espèces ☐ Autres (CAF, ANCV...)

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter les statuts et règlements de l'ASPTT Limoges, accessibles sur le site Internet.

Fait à : _____ Le : _____

Signature (du demandeur ou du représentant légal)

HORAIRES D'OUVERTURE DU SIÈGE :

Du lundi au vendredi : 9h00-12h30 / 13h30-17h00

45 rue Chantelauve, 87000 Limoges
05.87.41.56.25
www.limoges.asptt.com
limoges@asptt.com



ASPTT Limoges
Club Omnisports



@limogesasptt

