



BULLETIN D'ADHÉSION À L'ASLGA – SAISON 2025/2026
Valable du 1^{er} septembre 2025 au 31 août 2026



Les renseignements figurant sur le bulletin d'inscription serviront à contrôler auprès de fichier de police judiciaire si vous avez fait l'objet de poursuite pour des faits incompatibles avec l'image de la Gendarmerie Nationale et/ou avec l'accès à une caserne de la Gendarmerie Nationale. Le cas échéant nous ne donnerons pas suite à votre inscription.

En souscrivant une adhésion à l'Association Sportive et de Loisirs de la Gendarmerie d'Alsace vous devenez licencié(e) de la FCD, et serez assuré(e) en responsabilité civile et accident dommage matériel ou corporel durant votre activité auprès de la GMF LA SAUVEGARDE, assureur de la FCD.

Je soussigné(e),

Nom* : Prénom* : Civilité* : ☐ H ☐ F
Lieu de naissance* : Code postal* : Ville : Pays* :
Date de naissance* : / / Nationalité* : ☐ française ☐ autre, laquelle :
Adresse* : N° Rue/Voie* :
Code Postal* : Ville* :
Téléphone* : Autre téléphone :
Courriel personnel * (adresse pro interdite) : @

Coller ou agraffer
ici la photo
(aux dimensions du
cadre)

Responsable légal pour les enfants mineurs* :

Personne à prévenir en cas d'urgence* : Nom :

Tél* :

Êtes-vous ☐ en situation de handicap ☐ atteinte d'affection longue durée (ALD) et assuré-e à la CNMSS

Tout licencié, se déclarant en situation de handicap, ou tout assuré relevant de la CNMSS atteint d'ALD ou d'affection chronique, bénéficie de la gratuité de la licence fédérale (22 €).

Êtes-vous un personnel :

***Défense en activité**

☐ Officier ☐ Sous-officier

☐ Militaire du rang ☐ Civil

Affectation :

Défense en non activité

☐ Réserviste ☐ Ancien militaire (retraité ou pas)

☐ Ancien civil (retraité ou pas)

☐ Famille : Affectation du parent :

☐ **Extérieur défense**

Demande à souscrire une adhésion à l'ASLGA pour pratiquer l'activité suivante* :

☐ BILLARD ☐ BOXE/KICK-BOXING ☐ DANSE DE SALON ☐ FITNESS/CROSS TRAINING ☐ FOOTBALL ☐ JUDO
☐ KRAV-MAGA ☐ MUSCULATION ☐ TAÏSO ☐ YOGA ☐ SELF-DÉFENSE ☐ PILATES

A TITRE D'ACTIVITÉ* : ☐ PRINCIPALE ☐ SECONDAIRE Si SECONDAIRE, INDIQUEZ L'ACTIVITÉ PRINCIPALE :

Étiez-vous adhérent-e au club ou dans un autre club FCD précédemment : ☐ OUI ☐ NON

Êtes-vous adhérent-e dans un autre club de la FCD cette saison : ☐ OUI, n° de licence : ☐ NON

☐ Questionnaire de santé, date du questionnaire **OU** ☐ Certificat médical, date certificat :

J'ai pris connaissance que j'ai la faculté de souscrire une assurance complémentaire*** auprès de l'assureur de la FCD (GMF LA SAUVEGARDE) : ☐ OUI, je souhaite souscrire une assurance complémentaire ☐ NON

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts, règlement intérieur et des règlements internes de l'association et m'engage à les respecter.

Le paiement de l'adhésion se fait par chèque à l'ordre de l'ASLGA ou en espèces ; si chèque, possibilité d'échelonner en 3 fois maximum

☐ Code Pass'Sport : ☐ N° dossier bourse d'aide à la licence :

Consentements :

Newsletter : ☐ OUI ☐ NON

Offres partenaires : ☐ OUI ☐ NON

Date* : Signature adhérent ou responsable* :

Conformément à l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés", vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour exercer ce droit d'accès, adressez-vous à : Monsieur le Président de la FCD – 16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or - 94114 ARCUEIL CEDEX

* Renseignements obligatoires

***Bulletin à demander auprès du responsable de section ou à télécharger sur notre site Internet www.aslg-alsace.fr. Le renseigner et l'adresser au responsable de section accompagné d'un chèque du montant de l'option choisie et établi à l'ordre de l'ASLGA ***

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 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 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><u>NB</u> : 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 ?		☐	☐