



Fédération Française
de Pétanque et de Jeu Provençal

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE LICENCIÉ MINEUR

Dans le cadre de la demande de ma licence auprès de la FF de Pétanque et de Jeu Provençal*, je soussigné atteste avoir rempli le questionnaire de santé ci-après.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence.

J'ai répondu **NON** à chacune des rubriques du questionnaire

dans ce cas : je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite une licence ou son renouvellement.

J'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs rubriques du questionnaire

dans ce cas : je suis informé que je dois produire à mon club un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de Pétanque et Jeu Provençal datant de moins de six mois.

Nom et prénom du licencié mineur :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

* Questionnaire applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est mineur.



Fédération Française de Pétanque et de Jeu Provençal

Conformément à la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 publiée au JO le 8 décembre 2020

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : 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(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) 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)

Tu te sens très fatigué(e) ?		
Tu as du mal à t'endormir ou te réveilles souvent dans la nuit ?		
Tu sens que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Tu te sens triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Tu ressens 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 ?		

Question 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 mort subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Êtes-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.)		

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. Questionnaire confidentiel conservé par le joueur.



Fédération Française
de Pétanque et de Jeu Provençal

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE/LA/LES LICENCIÉ.E.S MAJEUR(S)

Dans le cadre de la demande de mon renouvellement de licence auprès de la FF de Pétanque et de Jeu Provençal*, je soussigné atteste avoir rempli le questionnaire de santé ci-après.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence.

J'ai répondu **NON** à chacune des rubriques du questionnaire

dans ce cas : je transmets la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de licence.

J'ai répondu **OUI** à une ou plusieurs rubriques du questionnaire

dans ce cas : je suis informé que je dois produire à mon club un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de Pétanque et Jeu Provençal datant de moins d'un an.

Nom :

Prénom :

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature :

Fait à :

* Questionnaire applicable dans le cadre d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est majeur.

Rappel : La présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an est exigée tous les trois ans. Dans la période intermédiaire, lorsque le certificat médical n'est pas exigé pour le renouvellement de la licence, le sportif (la sportive) ou son représentant légal renseigne un questionnaire de santé (QS - SPORT) et atteste que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative.



Fédération Française
de Pétanque et de Jeu Provençal

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ RENOUVELLEMENT DE LICENCE MAJEUR

Vu le Code du Sport Art. 231-1
Vu le Règlement médical de la FFPJP
Vu le Règlement Administratif et Sportif de la FFPJP

Durant les 12 derniers mois

	Oui	Non
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		

A ce jour

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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

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.

La FFPJP a souscrit auprès de MMA par l'intermédiaire de l'agence SARL Cabinet Michel JONDERKO - Grégory ROBERT - 19 Bld Victor HUGO CS 91017 30906 NIMES Cedex 2 Mail : jr@mma.fr - Tél : 04.66.40.35.15, le contrat N° 118 270 222 pour la saison sportive courant du 01/01/2024 au 31/12/2024.

Ce contrat couvre dans les termes et conditions détaillées au contrat qui est disponible sur demande de l'assuré à l'assureur, les personnes et activités suivantes :

Personnes assurées :

- Les préposés et dirigeants des structures et des clubs FFPJP, les licenciés, les membres des équipes de France, les animateurs, entraîneurs, arbitres, juges, bénévoles, et plus généralement toute personne ayant la qualité de préposé ;

Activités assurées :

- Organisation, pratique et enseignement des disciplines dispensées et agréées par la Fédération Française de Pétanque et de Jeu provençal à l'occasion de : Compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales, entraînements, formations, initiations, stages, actions de promotion, activités périscolaires, exercice d'autres activités sportives lorsqu'elles sont organisées par une personne morale assurée ;

Nature et montant des garanties accordées :

	GARANTIES DE BASE	Option "Avantage" (en complément des garanties de base)
RESPONSABILITE CIVILE :	15 250 000 € ⁽¹⁾	
Dont :		
Dommages corporels et immatériels consécutifs	15 250 000 € ⁽²⁾	
Dommages matériels et immatériels consécutifs	3 000 000 €	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS		
(Accordée aux titulaires d'une licence FFPJP et ayant souscrit à la Garantie de base « ACCIDENTS CORPORELS »)		
Décès (y compris événement cardio-vasculaire, étouffement, rupture d'anévrisme)	Si - de 16 ans : 5 000 € Si 16 ans ou plus : 16 000 €	Si - de 16 ans : 8 000 € Si 16 ans ou plus : 45 000 €
Majoration du capital de 2 500 € si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé), et par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		
Invalité permanente		
Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation		
• de 1% à 60%	50 000 € ⁽¹⁾	65 000 € ⁽¹⁾
• de 61% à 100%	90 000 € ⁽¹⁾	105 000 € ⁽¹⁾
Indemnité suite à coma	2% du capital décès par semaine de coma (maxi 50 semaines)	
Versement d'une indemnité égale à	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale	
Remboursement de soins		
<u>Avec une sous-limite de :</u>	Selon montant légal (100%) 30 € / jour, maxi 30 jours	
- Frais hospitaliers		700 € ⁽²⁾
- Chambre particulière		700 € ⁽²⁾
- Prothèse dentaire, par dent (forfait)	450 € ⁽²⁾	700 € ⁽²⁾
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	450 € ⁽²⁾	700 € ⁽²⁾
- Prothèse auditive, par appareil (forfait)	450 € ⁽²⁾	700 € ⁽²⁾
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles,...)	1 000 € ⁽²⁾	1 000 € ⁽²⁾
- Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 €	
Incapacité temporaire	porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère	
Frais de rattrapage scolaire	16 € / jour maxi 365 jours	47 € / jour maxi 365 jours
Frais de redoublement de l'année d'études	1 600 € en cas d'arrêt > 2 mois	
Frais de formation professionnelle pour une reconversion professionnelle	1 600 € en cas d'arrêt > 2 mois 1 600 € à compter de 35 % d'IPP	

(1) Garantie maximum 1 525 000 euros en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré

Souscription des garanties complémentaires en cas d'accident corporel :

Consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle et conformément aux dispositions de l'article L.321-6 du Code du sport, la FFPJP propose aux licenciés qui le souhaitent de souscrire des garanties complémentaires au-delà des garanties de base offertes par la licence.

- Renvoyez-le accompagné d'un chèque d'un montant de **7,00 € TTC** libellé à l'ordre de l'agence :

SARL Cabinet Michel JONDERKO - Grégory ROBERT
19 Bld Victor HUGO CS 91017 - 30906 NIMES Cedex 2

- Renvoyez-le par mail à l'adresse **jr@mma.fr** si vous réglez par virement : IBAN : FR76 1660 7004 3378 1217 7384 527
BIC : CCBPFRPPPPG // indiquez impérativement en référence votre nom et numéro de licence et mention OAFFJP

**Important : ce document est un résumé du contrat d'assurance et de sa notice d'assurance.
Tous deux sont disponibles dans leur version complète avec les exclusions sur le site de la FFPJP
ou sur demande à votre assureur conseil SARL CABINET Michel JONDERKO - Grégory ROBERT**





Fédération Française de Pétanque et de Jeu Provençal

SAISON 2024

COMITÉ DÉPARTEMENTAL.....
CLUB.....
SECTEUR.....

CRÉATION RENOUVELLEMENT DUPLICATA MUTATION

Civilité : M F Nationalité : Française Union Européenne Etrangère
Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom de naissance : Prénom d'usage :
Date de naissance/...../..... Lieu de naissance : Département :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Courriel : @..... Tél :

N° de licence (si existant)

CLASSIFICATION

ÉLITE HONNEUR PROMOTION NON CLASSÉ

Titulaire d'une carte MOBILITE INCLUSION pour les personnes en situation de handicap

Je fournis une PHOTO D'IDENTITÉ et j'accepte d'être photographié pour que ma photo soit téléchargée sur le logiciel fédéral de gestion des licences.

Le demandeur est susceptible de recevoir des offres commerciales de partenaires commerciaux de la F.F.P.J.P.
Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

ENCADRANTS et/ou DIRIGEANTS

- Je suis Initiateur, Educateur ou Dirigeant (Président, Secrétaire Générale, Trésorier Général de club ou de Comité).
La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou de dirigeant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives 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 confirme mon intention de ne plus exercer les fonctions d'initiateur, d'éducateur et/ou de dirigeant.

CERTIFICAT MÉDICAL

- Pour les majeurs : plus de certificat médical
- Pour les mineurs : renseigner le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
(A défaut, fournir un certificat medical de moins de 6 mois)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), père/mère/tuteur légal, autorise le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, à pratiquer la Pétanque et le Jeu Provençal au sein de l'Association.

Personne à contacter en cas d'accident : (Nom : Tél. :))

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste :

- Avoir été informé(e) qu'avec la licence, j'adhère simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de MMA Assurances, par la F.F.P.J.P., conformément à l'article L.312-1 du Code du Sport, des garanties et de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels (non obligatoire).
Nb : le coût de cette assurance non obligatoire accordée en base dans la licence est de 0.35 €.
Si je ne souhaite pas cette assurance de personnes, cochez cette case
- Avoir été informé(e) de l'intérêt de souscrire les garanties complémentaires optionnelles, accidents corporels, correspondant à l'option «Avantage» de la compagnie d'assurance, M.M.A conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport (...)
- Avoir été 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.

SIGNATURE DU JOUEUR/JOUEUSE
ou du REPRÉSENTANT LÉGAL



Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal

Agréé par le Ministère de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative

INTENTION DE MUTATION

Association :

N° Licence :

Nom du joueur demandeur :

Prénom : Date de Naissance :

Adresse :

.....

Courriel :

Changement de Département: OUI / NON - Changement de Pays : OUI/NON **Réponse Obligatoire**

Prochaine Association (facultatif) :

Prochain département ou pays(Facultatif) :

Fait à Le

Mode de paiement : Espèce / Chèque N°

Signature du demandeur

Avis du Président de l'Association quittée

Date et signature, cachet de l'Association

**CE FORMULAIRE EST A RENVoyer AU COMITÉ DÉPARTEMENTAL SIGNÉ ET TAMPONNÉ
PAR LE CLUB QUITTÉ
ACCOMPAGNÉ DU CHEQUE CORRESPONDANT ET DE VOTRE LICENCE**

**(Chèque de 30€ en cas de mutation interne ou de 50€ en cas de mutation externe, libellé
à l'ordre du Comité départemental quitté)**

TOUT FORMULAIRE NON ACCOMPAGNE DU REGLEMENT SERA REFUSE.



Fédération Internationale de Pétanque et Jeu Provençal

Siège social : **13, rue Trigrance – 13002 MARSEILLE – FRANCE -**

Tél. : (33) 04 91 14 05 80 – Fax : (33) 04 91 90 96 89

e-mail : fipjp@fipjp.com – Site Internet www.fipjp.org

Fédération :

MUTATION INTERNATIONALE / INTERNATIONAL TRANSFERT

Date :

Nom et Prénom du joueur
(Name & First Name of the player)

Date de Naissance : Nationalité :
(Date of Birth) (Nationality)

Numéro de Licence :
(Licence Number)

Signature du Joueur Player Signature

Fédération Quittée :
Federation Left

Cachet et Signature Club Stamp and Club Signature	Cachet et Signature Fédération Stamp and Federation Signature	Obs

Fédération Rejointe :
Federation jointed

**Seulement pour les ressortissants hors U.E
Only for people outside of European Union**

JUSTIFICATION DE LA DOMICILIATION DANS LE NOUVEAU PAYS JUSTIFICATION OF THE DOMICILIATION ACTIVITY

OU/OR

Lieu d'exercice d'une activité professionnelle :

° Activité Professionnelle :
(Professional Activity)

° Adresse de l'entreprise :

OU/OR

Adresse d'une résidence dans le pays rejoint :

(Address of a residence in the country of reaffiliation)

° Ville :
(Town)

° Adresse :
(Address)

Joindre le ou les justificatifs requis
The required certificate(s) should be enclosed