



Fédération Française
de Pétanque et de Jeu Provençal

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE/LA/LES LICENCIÉ.E.ES 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	Oui	Non
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.

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL

*Vu le Code du Sport Article A. 231-1 et son Annexe II-22
Vu le Règlement Médical Fédéral
Vu le Règlement Administratif et Sportif de la F.F.P.J.P.*

Dans le cadre du renouvellement de ma licence à la F.F.P.J.P.,

Je soussigné(e) M/Mme.....atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. A défaut, fournir un certificat médical datant de moins d'un an.

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme....., en ma qualité de représentant légal de....., atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. A défaut, fournir un certificat médical datant de moins d'un an.

Je suis informé que la responsabilité de la FFPJP et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement du formulaire.

Fait àle

Signature du joueur (ou de son représentant légal) :

NB : A conserver par le club ou le Comité Départemental tout au long de la saison sportive en cours



Fédération Française de Pétanque et de Jeu Provençal

COMITE DEPARTEMENTAL

CLUB

SECTEUR

**SAISON
2025**

CREATION 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..... Dépt.....

Adresse

Code Postal..... Ville.....

Courriel:..... @..... Tél:.....

N° de licence (si existant)

CLASSIFICATION

ELITE

HONNEUR

PROMOTION

NON CLASSE

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

HONORABILITE

- Je suis Arbitre, 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'arbitre, 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 pas exercer en 2025 le ou les fonctions d'arbitre, d'éducateur et/ou de dirigeant.

CERTIFICAT MEDICAL

- 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 REPRESENTANT LEGAL

Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal

Agréé par le Ministère chargé des Sports



INTENTION DE MUTATION

Comité Département :

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 / Virement / Chèque N°

Signature du demandeur

Avis du Président de l'Association quittée
Date et signature, cachet de l'Association

Avis du Président du Comité Départemental quitté
Date et signature, cachet du CD

**CE FORMULAIRE EST A RENVOYER AU COMITE DEPARTEMENTAL SIGNÉ ET TAMPONNÉ PAR
LE CLUB QUITTE
ACCOMPAGNE DU REGLEMENT CORRESPONDANT**

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

TOUT FORMULAIRE NON ACCOMPAGNE DU REGLEMENT SERA REFUSE.