



DOSSIER D'INSCRIPTION :
U.S.B LONGWY SPÉLÉO

Document à renvoyer au club U.S.B. LONGWY Spéléo

Fiche d'inscription 2024

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Masculin Féminin

N° rue Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____ Pays : _____

Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos coordonnées informatisées. Pour exercer ce droit, adressez-vous à secretariat@ffspeleo.fr. Vous pouvez décider que vos données ne soient pas utilisées. Dans ce cas, merci de cocher la case correspondante :

- Je refuse que mes données soient utilisées à des fins commerciales.
 Je reconnais avoir été informé(e) des garanties liées à chacune des options d'assurance par la remise du memento assurance
(Documents téléchargeables sur le site de la Commission Assurances : <http://assurance.ffspeleo.fr/spip.php?rubrique30>)

• LICENCE + ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Tarif normal
75€

Tarif JNSC⁽¹⁾
49€

Tarif Jeune (-26a)
49€

Tarif Famille⁽²⁾
49€

Tarif 1^{ère} adhésion
1^{er} juin⁽³⁾
49€

• ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT (FACULTATIVE) *Voir résumé des garanties d'assurance*

Option 1 - **30,50€**
 Option 2 - **47€**
 Option 3 - **61€**

Option 1 - **14€**
 Option 2 - **47€**
 Option 3 - **61€**

Option 1 - **14€**
 Option 2 - **23€**
 Option 3 - **29,50€**

Option 1 - **16€**
 Option 2 - **30€**
 Option 3 - **42€**

• COTISATION CLUB

Cotisation club à ajouter -
..... €

• COTISATIONS LOCALES (<https://ffspeleo.fr/zab07>)

Voir ici la liste des CDS/CSR où s'applique une cotisation locale

Cotisation locale à ajouter - €

• ABONNEMENTS REVUES FÉDÉRALES

Spelunca (4 numéros) - **25€** Karstologia (2 numéros) - **27,50€**
 Spelunca nouvel abonné - **12,50€** Spelunca & Karstologia - **47€**

Remettre les chèques au trésorier à l'ordre : U.S.B. Longwy Spéléologie
ou par virement bancaire sur le compte IBAN : FR76 1610 6840 0929 9226 0705 009 BIC AGRIFRPP861

SOUS TOTAL : €



CERTIFICAT MÉDICAL

(À remplir par le médecin)

Pour tout complément d'information sur les contraintes physiologiques de ces activités,
vous pouvez contacter la fédération qui vous renverra vers un médecin fédéral.

Je soussigné(e), Docteur en médecine,, après avoir examiné

M^{me}, M. :

Date de naissance : / /

Certifie qu'il - elle ne présente pas de contre-indication médicale cliniquement décelable ce jour à la pratique :
(*raier les mentions inutiles*)

- de la spéléologie
- du canyionisme
- de la plongée souterraine

Remarques ou restrictions éventuelles :

Le présent certificat a été établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en mains propres.

Fait à :

Date : / /

Signature et cachet professionnel



DOSSIER D'INSCRIPTION :
U.S.B LONGWY SPÉLÉO

ATTESTATION DÉCLARATIVE D'ANTÉCÉDENTS

(Partie à remplir par le pratiquant et à conserver exclusivement par le médecin signataire.

Ce document ne doit en aucun cas être remis au club ou à la fédération.

**Pour tout renseignement concernant le certificat médical,
vous pouvez contacter la fédération qui vous renverra vers un médecin fédéral.**

ANTÉCÉDENTS	OUI	NON
Cardio-vasculaire et respiratoire		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections respiratoires, asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORL / Ophtalmologie		
Vertiges, perte d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections oculaires (glaucome, cataracte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologie		
Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endormissement fréquent en journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil locomoteur		
Maladie articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitation des mouvements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie osseuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumatismes (fractures/luxations/entorses graves)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interventions chirurgicales		
Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitements en cours ou réguliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis ou autres substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents psychiatriques (dépression...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacité Sécurité sociale / Handicap MDPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je soussigné,, certifie l'exactitude des réponses données à ce questionnaire médical en vue d'obtenir ma licence de la Fédération Française de Spéléologie.

Toute omission volontaire ou déclaration erronée engagera ma responsabilité.

le Signature