

Demande de licence UFOLEP

à une association affiliée à l'UFOLEP
et à la Ligue de l'enseignement

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT

Du 1er septembre au 31 août
2025/2026

www.ufolep.org

Assurance fédérale Ufolep

Conformément aux obligations d'informations prévues par les articles L.321-4 et L.321-6 du Code du sport, je reconnais :

- être informé-e des termes et limites des garanties d'assurance dites « garanties de base » incluses automatiquement à ma licence et de la possibilité de renoncer aux garanties prévues en cas d'accident corporel (ou Individuelle accident) par courrier adressé à l'UFOLEP-Assurance - 3 rue Juliette Récamier - 75341 Paris cedex 07.
- être informé-e des risques encourus liés à la pratique de mon activité sportive et reconnais avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire des garanties complémentaires facultatives proposées par l'assureur AXA par l'intermédiaire de l'UFOLEP, des termes et limites de ces garanties, et de la possibilité de souscrire ces garanties auprès de l'assureur de mon choix.
- avoir pris connaissance de l'extrait des Conditions Générales valant Notice d'information intégré dans le présent document conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances et que les assurances intégrées dans la licence délivrée et/ou proposées par l'UFOLEP ne couvrent que les accidents relevant d'une pratique autorisée par l'UFOLEP.
- avoir été avisé-e que je pouvais obtenir l'intégralité du contrat souscrit par l'UFOLEP auprès d'AXA par l'intermédiaire du courtier Marsh en contactant ce dernier par email : assurances.ufolep@marsh.com
- être 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. Le cas échéant, si je souscris la présente licence en qualité de mandataire j'atteste que mon-ma mandant-e est informé-e de l'ensemble des termes et conditions susvisés.

En foi de quoi, je décide :

(cocher obligatoirement l'une des trois cases. Si elles sont souscrites les garanties complémentaires facultatives complètent les garanties de base de la licence).

de souscrire à la garantie complémentaire facultative Option 1

de souscrire à la garantie complémentaire facultative Option 2

de ne pas souscrire aux garanties complémentaires facultatives.

Garanties complémentaires facultatives

Si les garanties Individuelle Accidents souscrites par l'UFOLEP pour l'ensemble de ses licencié-e-s sont amélioré-e-s, votre situation personnelle peut vous amener à souscrire l'une des deux options complémentaires proposées.

Ces options permettent d'améliorer votre protection :

- en cas de perte de revenus suite à un accident survenu dans le cadre de votre pratique sportive.
- en cas d'invalidité grave avec des garanties très largement supérieures (jusqu'à 500 000€) et similaires à ce qui peut être proposé par des fédérations de sports à risque.
- en cas de décès.

Garanties modifiées	Base	Option 1	Option 2
Indemnités Journalières en cas d'arrêt de travail	NEANT	10€ par jour pendant 90j (franchise de 10 jours)	15€ par jour pendant 90j (franchise de 10 jours)
Invalidité Permanente Sup 66%	Taux x 150 000 €	Taux x 350 000 €	Taux x 500 000 €
Décès	15 000 €	20 000 €	25 000 €
Prime TTC	Intégrée à la licence	15 € par an	30 € par an

Pour retrouver l'ensemble des informations assurance : <https://www.ufolep.org/assurances>

Pour les activités Moto (29034-Moto-Cross, 29032-Moto-Enduro, 29035-Moto-Trial et 29033-Moto-Vitesse), l'homologation de licence Ufolep nécessite de fournir un CASM :

Date d'obtention du CASM Moto

Numéro du CASM Moto

TRANCHES D'ÂGE DU/DE LA LICENCIÉ-E

Le calcul de l'âge du/de la licencié-e est calculé au 1er septembre 2025. Sa tranche d'âge est calculée selon les années suivantes :

Adulte = né-e en 2008 et avant (17 ans et plus)

Jeune = né-e entre 2009 et 2014 (11 à 16 ans)

Enfant = né-e en 2015 et après (10 ans et moins)



TRAITEMENT DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par La Ligue de l'Enseignement font l'objet de traitements dont les finalités sont les suivantes : Réception et gestion de la demande d'inscription / Gestion du processus d'affiliation de l'Association / Gestion de l'adhésion des membres de l'association / Suivi et amélioration de la relation partenariale / Transmission d'informations sur les services et prestations de La Ligue de l'Enseignement / Respect de l'obligation de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et la lutte contre le terrorisme

Vous disposez des droits suivants sur vos données personnelles que vous pouvez exercer à tout moment à l'adresse suivante: dpo@laligue.org : Droit d'accès et de rectification / Droit de suppression / Droit d'opposition / Droit à la portabilité de vos données / Droit à la limitation des données personnelles / Droit de retirer votre consentement / Droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL / Droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé des données.

Signature

Date et signature du licencié-e:

La date de début de validité de votre licence Ufolep sera la date d'homologation par le comité Ufolep départemental.

Validation départementale
Date de réception

Date d'homologation Ufolep

Confirmation du n° d'adhésion

pass Sport

Fédération sportive de

la ligue de l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

Version 16-06-2025



DEMANDE D'UNE CARTE CYCLOSPORT OU CYCLOCROSS OU VTT

1/ Renseignements administratifs

Nom _____ Prénom _____ Sexe _____

Date naissance _____ Tél fixe _____ Tél mobile _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Adresse électronique _____

2/ Avez-vous déjà été licencié

Nom et coordonnées
de votre dernière
assoc _____

Etiez-vous licenciés FFC FSGT UFOLEP FFTRI Autre Précisez _____

En quelle année _____

Caté route au 31/12 _____ *Si FFC nombre de points* _____

Caté Cyclocross au 31/12 _____ *Si UFOLEP N° dernière licence* _____

VTT compétition _____

3/ Avez-vous déjà une autre licence

Vous-êtes licenciés FFC FSGT FFTRI Autre Précisez _____

Caté route _____

Caté Cyclocross _____

VTT compétition _____

4/ Jeune : autorisation parentale

Je, soussigné(e) _____ Père Mère Tuteur

Autorise mon enfant _____ à pratiquer le cyclisme de compétition au sein de l'UFOLEP

J'autorise les organisateurs à faire soigner mon enfant et à prendre toutes mesures (y compris une hospitalisation) que nécessiterait son état de santé, conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

A _____ Le _____ Signature _____

5/

Après avoir pris connaissance des statuts de l'UFOLEP et des règlements concernant le cycloport UFOLEP, je souhaite obtenir une carte Cycloport ou Cyclocross ou VTT dans l'association suivante :

Association _____

Je certifie exacts les renseignements fournis ci-dessus.

A _____ Le _____

Signature du demandeur ou signature du représentant légal pour les mineurs

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

Quel âge as-tu ?

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)	OUI	NON
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	OUI	NON
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	OUI	NON
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.)		

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.

Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le·la licencié·e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

**VOUS ÊTES VICTIME OU TÉMOIN
D'UNE VIOLENCE DANS LE SPORT**

Alertez-nous par e-mail signal-sports@sports.gouv.fr

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

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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 ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.

Rappel :

Ce questionnaire de santé est anonyme et conservé par le/la licencié.e. Il ne sera pas transmis à l'association lors de la demande de licence Ufolep. Pour attester avoir respecté la procédure ministérielle, compléter les informations sur le formulaire de demande de licence Ufolep (case à cocher attestant avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions du formulaire santé ou fourniture du certificat médical le cas échéant).

**VOUS ÊTES VICTIME OU TÉMOIN
D'UNE VIOLENCE DANS LE SPORT**

Alertez-nous par e-mail

signal-sports@sports.gouv.fr



Banquier simplement

Siège social:

12, place d'Armes - 64300 ORTHEZ
Tel 05 59 69 88 88 - Fax 05 59 69 88 99
www.pouyanne.fr

RCS Pau B 096 080 577
Société anonyme au capital de 6 000 000 €



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Code banque — Code guichet — N° de compte — Clé RIB

11989 00009 83148100401 33

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

TITULAIRE DU COMPTE

**ASSOC. PAU VELO 64
3 RUE JOHANNES KEPLER
ZONE EUROPA
64000 PAU**

OPERATIONS FRANCE

OPERATIONS HORS FRANCE

BIC

POUYFR21

CAZRES2Z

IBAN FR76 1198 9000 0983 1481 0040 133 ES46 2085 01915703 9001 5054

Ce relevé est destiné à être remis sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittance, salaires, pensions, ...). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.



Banquier simplement

Siège social:

12, place d'Armes - 64300 ORTHEZ
Tel 05 59 69 88 88 - Fax 05 59 69 88 99
www.pouyanne.fr

RCS Pau B 096 080 577
Société anonyme au capital de 6 000 000 €



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Code banque — Code guichet — N° de compte — Clé RIB

11989 00009 83148100401 33

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

TITULAIRE DU COMPTE

**ASSOC. PAU VELO 64
3 RUE JOHANNES KEPLER
ZONE EUROPA
64000 PAU**

OPERATIONS FRANCE

OPERATIONS HORS FRANCE

BIC

POUYFR21

CAZRES2Z

IBAN FR76 1198 9000 0983 1481 0040 133 ES46 2085 01915703 9001 5054

Ce relevé est destiné à être remis sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittance, salaires, pensions, ...). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.



Banquier simplement

Siège social:

12, place d'Armes - 64300 ORTHEZ
Tel 05 59 69 88 88 - Fax 05 59 69 88 99
www.pouyanne.fr

RCS Pau B 096 080 577
Société anonyme au capital de 6 000 000 €



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Code banque — Code guichet — N° de compte — Clé RIB

11989 00009 83148100401 33

CADRE RESERVE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

TITULAIRE DU COMPTE

**ASSOC. PAU VELO 64
3 RUE JOHANNES KEPLER
ZONE EUROPA
64000 PAU**

OPERATIONS FRANCE

OPERATIONS HORS FRANCE

BIC

POUYFR21

CAZRES2Z

IBAN FR76 1198 9000 0983 1481 0040 133 ES46 2085 01915703 9001 5054

Ce relevé est destiné à être remis sur leur demande à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements de quittance, salaires, pensions, ...). Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.