

MÉMENTO DU RESPONSABLE D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE OU CULTURELLE

Le comité directeur de l'ASCE 69 vous remercie pour votre engagement auprès de l'association et reste à votre disposition pour vous accompagner dans cette action.

Les missions d'un responsable d'activité à l'ASCE 69

- Informer sur l'activité (lieu, déroulement des séances, matériel nécessaire, tarif...).
- À l'issue des séances d'essai, recueillir les bulletins d'inscription à l'activité et les règlements, puis les transmettre au vice-président concerné.
- Assurer les relais entre l'ASCE 69 et les adhérents, intervenants et gestionnaires de l'installation où se pratique l'activité.
- En début de saison sportive et culturelle, rappeler aux inscrits à l'activité la nécessité de renouveler leur adhésion à l'ASCE 69.
- Participer à l'organisation d'une éventuelle manifestation (challenge, exposition...).
- Participer à l'amélioration de l'activité en faisant remonter régulièrement au vice-président concerné les attentes ou les besoins de l'activité (matériel...).
- Relayer les actions de l'ASCE 69 telles que les soirées, l'assemblée générale, les sorties, afin d'inciter les adhérents à y participer.
- Participer, suivant ses disponibilités, aux séances de présentation des activités de l'ASCE 69 dans les services.
- Participer à la réunion exceptionnelle du comité directeur de l'ASCE 69 afin de préparer l'assemblée générale.

Les démarches à réaliser

En début de saison sportive et culturelle, les bulletins d'inscription à l'activité, accompagnés des règlements, sont à transmettre au vice-président au plus tard avant les vacances de la Toussaint. Pour les inscriptions en cours d'année, les règlements sont transmis au fur et à mesure.

Les bulletins d'adhésion à l'ASCE 69, accompagnés des règlements, sont à transmettre au responsable des adhésions.

Quelques éléments à savoir

Les inscriptions peuvent être réglées par chèque bancaire, coupons sports, chèques vacances et éventuellement en espèces (ce dernier mode de règlement est à déconseiller). Les chèques doivent être libellés à l'ordre de l'ASCE 69.

Les adhésions ASCE 69 sont à régler par chèque bancaire ou espèces. Elles ne peuvent pas être réglées par chèques vacances.

L'ASCE 69 peut fournir un justificatif d'adhésion pour une éventuelle prise en charge financière par un comité d'entreprise (demande à faire auprès du vice-président).

Le calendrier du responsable

- **Avant les vacances de la Toussaint** : envoi des bulletins d'inscription et des règlements au vice-président.
- **Fin d'année sportive et culturelle** : transmission du bilan de l'activité au vice-président.
- **Fin-janvier** : le vice-président signale au responsable d'activité les participants qui n'ont pas renouvelé leur adhésion.
- **Dans le courant du 1er trimestre** : rencontre avec le comité directeur de l'ASCE 69 pour préparation de l'assemblée générale et identification des besoins pour l'activité.
- **Mai et juin** : recueil des souhaits de poursuite de l'activité auprès des inscrits et transmission au vice-président et établissement du calendrier de la saison suivante.

Les procédures d'achats

Certaines activités nécessitent l'achat de matériel et/ou fournitures. Ces achats doivent être effectués en lien avec le vice-président du secteur concerné. Deux modalités d'achats sont possibles :

- achat par le vice-président du secteur concerné sur la base d'un devis transmis par le responsable d'activité (lien vers pages internet ou devis établi par le commerçant) ;
- achat par le responsable d'activité. Dans ce cas, l'ASCE 69 procédera au remboursement a posteriori. Pour cela, une note de frais devra accompagner la demande de remboursement. Elle décrira l'objet et la nature des dépenses. L'original de la facture complétera la demande de remboursement. Ces documents sont à adresser dans le mois suivant l'achat au vice-président du secteur concerné. Ce dernier procédera au remboursement par chèque dans les plus brefs délais.

Cas particulier de la caisse pour l'activité football :

Le montant maximum de la caisse est fixé à 200,00 €.

Quand le fond de caisse est proche de 0 €, le responsable d'activité adresse une demande de réapprovisionnement par courriel au trésorier/trésorier adjoint en explicitant le montant exact de la demande et en joignant les scans des justificatifs de dépenses associés. Le montant demandé ne devra pas excéder le seuil autorisé.

Le responsable d'activité veille donc à transmettre régulièrement les demandes de remboursement avant le dépassement du seuil.

En fin d'année civile (de fin novembre à mi-décembre), il conviendra de demander au trésorier/trésorier adjoint le remboursement des dernières dépenses effectuées pour les imputer sur le budget de l'année et finaliser l'exercice comptable de l'année en cours.

Que faire en cas d'accident durant l'activité ?

Compléter une [déclaration d'accident](#) (cf. document page suivante). La transmettre le plus rapidement possible au vice-président (un envoi par mail est conseillé).

En cas de questionnements, ne pas hésiter à contacter le vice-président du secteur concerné !

**LA SAUVEGARDE**

Société anonyme d'assurance au capital de 210 400 000 francs
entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances
R.C.S. Paris 612 007 674 - APE 9602-46930 Orléans Cédex 9

GROUPE GMF - GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES**DÉCLARATION D'ACCIDENT - F.N.A.S.C.E***Contrat N° F.103827.016C*

A envoyer dans les plus brefs délais à :
GMF ASSURANCES - Services Sinistres Risques Spécifiques
140 avenue Anatole France- 92593 LEVALLOIS-PERRET CEDEX

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE GROUPEMENT SPORTIF

Est-ce : une association sportive un comité départemental une ligue le siège fédéral
Dénomination _____
Adresse : n° _____ rue _____
lieu-dit _____ code postal commune _____
NOM du responsable _____ Prénom _____
Son adresse _____
Tél : _____ Courriel : _____

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCIDENT

Date Heure Lieu _____
* L'accident s'est produit au cours : d'un entraînement d'une compétition d'un trajet d'une réunion

■ NATURE DE L'ACTIVITÉ PRACTIQUÉE _____

■ CIRCONSTANCES ET CAUSES DE L'ACCIDENT _____

■ TÉMOINS

NOM _____	NOM _____
Prénom _____	Prénom _____
Adresse _____	Adresse _____
Signature : _____	Signature : _____

■ AUTEUR DE L'ACCIDENT AVEC TIERS IDENTIFIÉ

NOM _____ Prénom _____

* Est-il licencié d'une fédération ? OUI NON SI OUI, nom et adresse de la fédération _____
n° de licence _____

Signature : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS

- Pour chaque personne concernée, joindre une annexe le cas échéant.
- Joindre le certificat initial du médecin.

NOM de l'assuré blessé : Prénom : _____ Sexe : _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] Profession _____ Nom et adresse de l'employeur : _____ ■ Le blessé est-il : • affilié à la Sécurité sociale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, n° d'immatriculation : _____ • affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, nom de la mutuelle : _____ N° d'immatriculation : _____ • bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, nom de la société : _____ adresse : _____ N° de contrat : _____ • licencié d'une fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, nom de la fédération : _____ adresse : _____ N° de licence : _____ ■ Nature et siège des blessures : _____ ■ Médecin consulté : _____ ■ Lieu d'hospitalisation : _____ Signature du blessé : _____	NOM de l'assuré blessé : Prénom : _____ Sexe : _____ Date de naissance [] [] [] [] [] [] Profession _____ Nom et adresse de l'employeur : _____ ■ Le blessé est-il : • affilié à la Sécurité sociale ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, n° d'immatriculation : _____ • affilié à une mutuelle complémentaire ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, nom de la mutuelle : _____ N° d'immatriculation : _____ • bénéficiaire d'une autre assurance ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, nom de la société : _____ adresse : _____ N° de contrat : _____ • licencié d'une fédération ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, nom de la fédération : _____ adresse : _____ N° de licence : _____ ■ Nature et siège des blessures : _____ ■ Médecin consulté : _____ ■ Lieu d'hospitalisation : _____ Signature du blessé : _____
--	--

Signature du représentant de l'association :
Nom et prénom : _____
Qualité : _____

Cachet de l'association