

FORMULAIRE DE NOUVELLE ADHESION

LA GAULOISE DE TRINITE



Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

Licence N° :

NOM: _____ **Nom de naissance** _____
Prénom: _____ **Sexe :** F M **Date de naissance :** ____/____/____
Lieu de naissance: _____ **Pays de naissance:** _____ **Nationalité :** _____

(L'Athlète de nationalité étrangère ayant réalisé une performance de niveau équivalent ou supérieur à IB dans les 12 derniers mois doit obligatoirement le signaler afin que la FFA puisse formuler une demande d'autorisation auprès de la fédération du pays d'origine)

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Email (obligatoire) _____

Si mineur, Email du représentant légal _____

N° de téléphone (portable) : _____ **N° de téléphone (fixe) :** _____

Type de Licence choisie : Licence Athlé Compétition Licence Athlé Santé Licence Athlé Running
 Licence Athlé Découverte Licence Athlé Entreprise Licence Athlé Encadrement

Certificat médical : (Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport)
 - Pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise et Athlé Running le soussigné majeur certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
 - Pour les Licences Athlé Santé, le soussigné majeur certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
 - Dans le cadre d'un renouvellement de Licence, et dans les conditions prévues par le code du sport, le soussigné peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical.
 - Pour la prise d'une 1^{ère} licence ou le renouvellement de la licence d'un mineur, le titulaire de l'autorité parental peut attester avoir rempli, avec son enfant, le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et voir son enfant dispenser, dans les conditions prévues par le Code du Sport, de présenter un certificat médical.

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation :
 - Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, en ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
 - En ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale

Assurances (Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L321-6 du Code du Sport)
 La Fédération Française d'Athlétisme propose, par l'intermédiaire de MAIF, assureur :
 - **aux Clubs :** une assurance Responsabilité Civile garantissant la responsabilité du Club et du Licencié au prix de 0,26 euro TTC (inclus dans le coût de la licence). Un Club peut refuser le bénéfice de cette assurance proposée par la fédération, il doit alors fournir une attestation d'assurance prouvant qu'il répond aux obligations de la loi (Article L321-1 du Code du Sport).
 - **aux Licenciés :** une assurance Individuelle Accident de base et Assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'Athlétisme, au prix de : 0,7 euro TTC (inclus dans le coût de la licence).
 J'accepte l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée
 Je refuse l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée et reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique de l'Athlétisme pouvant porter atteinte à mon intégrité physique
Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (option 1 et 2) complémentaires (consultables entre autres sur le site www.athle.fr rubrique Assurances)

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.
Droit à l'image :
 Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

j'accepte l'utilisation de mon image je refuse l'utilisation de mon image

Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :
 Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cl@athle.fr
 Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

J'accepte la transmission des informations je refuse la transmission des informations

Date et signature du Licencié :
 (des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

QUESTIONNAIRE SANTE (MINEUR)

LA GAULOISE DE TRINITE



Cochez une seule des trois cases.

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

SEXE : HOMME FEMME

DATE DE NAISSANCE :

Depuis l'année dernière

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)

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

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

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.)

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

Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau certificat médical

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

«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, ou si vous refusez de répondre : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Date et signature du Licencié :

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)



CERTIFICAT MEDICAL

Pratique de l'athlétisme

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / MME _____

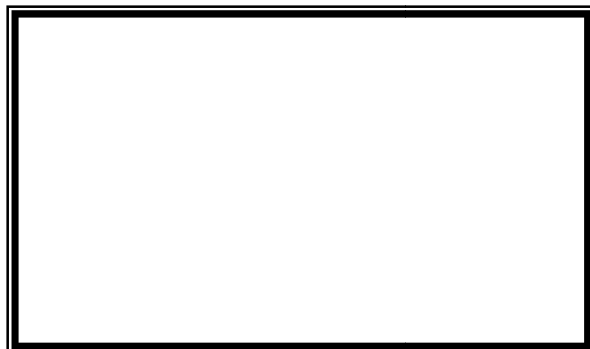
Né(e) le ____/____/____ A _____

Et confirme l'absence de contre-indication à la pratique de l'athlétisme, pour une licence :

- Baby Athlé : 4-5 ans (année en cours)
- Athlé Découverte : 6-10 ans (année en cours)
- Athlé Compétition : à partir de 11 ans (année en cours)
- Athlé Santé Loisirs : à partir de 16 ans (année en cours)

Fait à _____

le _____



Cachet et signature du Médecin.

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.