Numéro Club : |\_0|\_7|\_7|\_1|\_3|\_7|

35 PROMENADE ANDRE JACQUEMIN

77600 BUSSY ST GEORGES

email : bussy.running@free.fr

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’ADHESION 2021 – 2022**

Renouvellement : ■ n° de Licence (si renouvellement) Nouvelle adhésion : □

**Type de Licence choisie** : Licence Athlé Running ou Santé 125 € □ Licence Athlé Compétition 150 € □

|  |
| --- |
| **NOM** : ………………. **Prénom** : …………………… |
|  |
| **Date de naissance** : ………………………………… Lieu de naissance …………………………………………………………… **Sexe** : …………………… |
|  |
| **Adresse complète** : ………………………………………………………. |
|  |
| **Code Postal** : ………………………………… |
| **Adresse Email** : …………………………………………………………………………………… |
| **Numéro de téléphone (portable)** : ………………………….. **Numéro de téléphone (fixe)** : ………………………….. |
|  |
| **Nationalité : …………………**  **Étrangers** :L’athlète de nationalité étrangère ayant réalisé une performance de niveau équivalent ou supérieur à IB dans les douze derniers mois doit obligatoirement le signaler afin que la FFA puisse formuler une demande d’autorisation auprès de la fédération du pays d’origine |

**Date du Certificat médical** :

**Certificat médical** : (Articles L 231-2 et L 231-3 du Code du Sport)

Pour les Licences Athlé Compétition, et Athlé Running le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l’absence de contre-indication à la pratique de l’Athlétisme en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence ou de moins de 3 ans si renouvellement.

Pour 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 dispensé de présenter un nouveau certificat médical.

**Assurances** (Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L321-6 du Code du Sport)

Le club a opté pour l’assurance Responsabilité Civile (RC) proposée par la FFA.

La Fédération Française d’Athlétisme propose aux licenciés, par l’intermédiaire de MAIF assureur, une assurance Individuelle Accident de base et Assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut exposer la pratique de l’Athlétisme, au prix de 0.70 € (**inclus dans le coût de la licence**). Celle-ci est vivement conseillée, mais pas obligatoire.

***J’accepte l’assurance Individuelle Accident et Assistance proposée***  □ ou

***Je refuse l’assurance Individuelle Accident et Assistance proposée*** ***et reconnais avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l’Athlétisme*** □

**Date** : |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Signature** :

**Droit à l’image** : Le licencié 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.

**Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre** : □ (l’absence de réponse vaut acceptation)

**Loi informatique et libertés :** Le soussigné est informé du fait que des données le concernant seront traitées informatiquement par le Club et 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 et de rectification de ces données, ainsi que de son droit de s’opposer au traitement et/ou à la rectification de celles-ci. **pour des motifs légitimes.** Il suffit d’adresser un courrier électronique à l’adresse suivante dpo@athle.fr.

 **Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre** : □ (l’absence de réponse vaut acceptation)

***Pour la conformité avec le RGPD, nous devons recueillir et conserver votre consentement pour le traitement des données personnelles : les adresses mail pourront être utilisées pour faciliter la communication entre athlètes et pour les inscriptions à certaines compétitions. où sont demandées toutes les coordonnées.***

 **Si vous ne consentez pas à ce traitement, veuillez cocher la case ci-contre** : □ (l’absence de réponse vaut acceptation)

***Le soussigné s’engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d’Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d’Athlétisme***.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature du Licencié |  | Signature duPrésident du Club |  | Date |



 **QUESTIONNAIRE DE SANTE**

**à compléter sur votre espace http://www.athle.fr/acteur**

**de préférence**

**(ou version papier ci-dessous)**

NOM : Prénom : Sexe :

Né (e) le

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée? |  |  |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise? |  |  |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)? |  |  |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance? |  |  |
| 5) 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? |  |  |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)? |  |  |
| A ce jour:7) 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? |  |  |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé? |  |  |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive? |  |  |
| 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical. |  |  |

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 et l'annexe 1 page suivante.»

**Date et signature du Licencié :**

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

Annexe 1 : 1ère licence, ou visite médicale obligatoire tous les 3 ans ou au moins une réponse à oui au questionnaire de santé

|  |
| --- |
| **ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D’UNE****LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE D’ATHLETISME** |

NOM : Prénom :

Sexe : Né (e) le

Nombre d’heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation et à conserver par le**

**MEDECIN pour dossier patient** (Entourer la bonne réponse)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous été blessé avec arrêt de l’activité sportive l’an dernier Si oui, précisez : | Oui | Non |
| Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? Précisions (année et motif d’hospitalisation) : | Oui | Non |
| Avez-vous déjà été opéré ? Précisions (année et type d’opération) | Oui | Non |
| Etes-vous soigné pour : |
| le coeur ? | Oui | Non |
| la tension artérielle ?  | Oui | Non |
| le diabète ?  | Oui | Non |
| le cholestérol ?  | Oui | Non |
| Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui lesquels ? | Oui | Non |
| A l’effort ou juste après l’effort, avez-vous déjà ressenti |
| une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal  | Oui | Non |
| des palpitations (sensation de battements anormaux) ?  | Oui | Non |
| un malaise ?  | Oui | Non |
| Avez-vous déjà consulté un cardiologue ?  | Oui | Non |
| Date du dernier Electrocardiogramme : Résultat ?Date de la dernière prise de sang : Résultat ? |
| Nombre de cigarettes par jour : |  |
| Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine : |  |
| Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires Si oui lesquels ? | Oui | Non |
| Avez-vous des allergies ?Si oui, lesquelles ? | Oui | Non |
| Date de la dernière vaccination contre le tétanos : |
| Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ? |
| Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ?Si oui précisez | Oui | Non |

Je soussigné (e) certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements notés ci-dessus.

Date : Signature :

**Découper et donner uniquement le certificat médical au club :**

**✂--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**CERTIFICAT MEDICAL**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur

certifie que l’examen clinique ce jour de

ne contre indique pas la pratique de l’ATHLETISME EN COMPETITION.

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.

Date : Signature et Cachet :