

**Remplir en lettres capitales et cocher les cases**

**Nouvelle Adhésion**     **N° de licence** (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme) :

**Nom** :

**Prénom** :

**Sexe** : F  M     **Date de naissance** :  /  /  (jj/mm/aaaa)

**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** :

**Adresse mail (obligatoire)** :

**Numéro de téléphone (portable)** :     **Autre numéro** :

**Type de licence choisie** :  Licence Athlé compétition

**Certificat médical** : (Articles L231-2 et L231-2-2 du Code du Sport)

J'atteste avoir rempli le questionnaire de santé en ligne (mail envoyé par la F.F.A. aux licenciés début juin 2018) et intitulé « **FFA - renseignez votre questionnaire de Santé pour renouveler votre Licence** ».

Si vous ne l'avez pas rempli en ligne, vous pouvez remplir le formulaire papier fourni avec ce dossier.

Si vous avez répondu « NON » à toutes les questions, le certificat médical ne sera pas obligatoire pour le renouvellement de votre licence.

---

Pour les Licences Athlé Compétition et Athlé Découverte (à partir de la catégorie Eveil Athlétique), le soussigné certifie avoir produit un certificat médical (Soit rempli sur le présent formulaire soit sur feuille libre) attestant « **l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition** » datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.

La présentation du certificat est obligatoire dans 3 cas :

- Pour toute nouvelle adhésion
- Tous les 3 ans en cas de renouvellement (les autres années, il faudra fournir le questionnaire de santé prévu à l'article D.231-1-4 du code du sport).
- Avoir répondu « OUI » à au moins une question du questionnaire de santé.

---

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / M<sup>elle</sup> : .....

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Demeurant à : .....

**Et attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition.**

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.

Fait à ....., le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Cachet et signature** du Médecin

**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

**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.

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

**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 0,28 € 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 : 0,81 € TTC (**déjà inclus dans le coût de la licence**).

**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**

**Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (options 1 et 2) complémentaires (consultables entre autres sur le site [www.athle.fr](http://www.athle.fr) rubrique Assurances)**

**Loi Informatique et libertés** (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle. Ces informations sont destinées à la Fédération Française d'Athlétisme et peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

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

**Autorisation parentale et signature** : (des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

Je soussigné(e) M, Mme : .....

Parent, tuteur de l'enfant : .....

Autorise ce dernier à participer aux activités (entraînements et compétitions) de la section athlétisme de l'Amicale d'Épernon.

**J'ai bien noté que :**

- le responsable de l'enfant doit s'assurer de la présence de l'animateur avant de le laisser au stade
- en cas d'absence de l'animateur (15 minutes après l'horaire normal de l'activité), l'activité est annulée
- la responsabilité de l'association s'arrête à la fin des cours.

**Cochez la case ci-contre pour obtenir une attestation de cotisation pour votre C.E. :**

**Tarif et règlement**

**La cotisation 2018-2019 est à 125€ pour un renouvellement / 150€ pour un nouveau licencié**

Vous avez la possibilité de payer par chèque(s) en 1, 2 ou 3 fois en indiquant ci-dessous la date d'encaissement souhaité pour chacun des chèques (**Attention**, la licence ne pourra être passée que pour les dossiers complets. Cela pouvant d'écaler la date d'encaissement) :

Chèque n°1      Montant : \_\_\_\_\_ €      Date d'encaissement souhaitée: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Chèque n°2      Montant : \_\_\_\_\_ €      Date d'encaissement souhaitée: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Chèque n°3      Montant : \_\_\_\_\_ €      Date d'encaissement souhaitée: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Possibilité de régler toute ou partie de la cotisation en coupons sport (**Attention** : il sera demandé une majoration de 2€ pour les frais de traitement).

**Signature** du licencié ou de son représentant légal.

Répondez aux questions par OUI ou par NON.

**Conformément aux dispositions des articles D.231-1-1 et suivants du code du sport, dans le cas d'un renouvellement de Licence, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication peut n'être exigée que tous les trois ans. Pour cela, le licencié doit attester avoir répondu « non » à l'ensemble des questions du questionnaire de santé prévu à l'article D.231-1-4 du code du sport. Le contenu de ce questionnaire est reproduit en Annexe.**

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

### DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni:

- 1) Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athle Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».
- 2) Un jeune athlète de la catégorie Baby-Athlé possédait une licence Athlé Découverte et va devenir Eveil Athlétique au 1er novembre. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat car au 1er novembre. Le certificat devra porter la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

### **Date et signature du Licencié :**

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



## Règlement intérieur Cadets à Masters

NOM :

Prénom :

### 1. Inscription

La saison sportive débute en septembre et se termine fin juin. L'inscription devient effective à la remise du dossier d'inscription complet : fiche d'inscription, règlement de la cotisation, **certificat médical de pratique de sport en compétition** (si non rempli dans le bulletin d'inscription) ou du questionnaire de santé (pour tout renouvellement de licence) et signature du règlement intérieur.

### 2. Entraînement

Plusieurs créneaux d'entraînements sont proposés : de 18h30 à 20h00 les mardis, mercredis et jeudis ainsi que les samedis matins de 10h30 à 12h00. L'entraînement se déroule généralement au stade du Closelet, 1 route de Gallardon à EPERNON.

Les membres du Bureau sont seuls décisionnaires concernant le(s) entraîneur(s) délivrant les plans d'entraînements et les conseils aux athlètes du club.

Si un athlète licencié souhaite suivre les entraînements d'une tierce personne non validée par le Bureau, il accepte les conséquences résultantes :

- Il ne sera pas inscrit aux compétitions officielles, pas remboursé de ses frais de déplacement.
- L'accès à la piste aux heures d'entraînements pourra lui être refusé.
- Il devra s'acquitter d'éventuelles pénalités facturées au club s'il s'inscrit de lui-même sur une compétition.
- Il devra s'acquitter des frais engagés par le club pour pourvoir à son entraînement individuel.

En outre, le Bureau Directeur ne pourra être tenu comme responsable si l'intégrité physique ou morale de l'athlète devait être engagée.

Chaque entraîneur ayant ses propres stratégies d'entraînement, il sera aussi demandé aux athlètes bénéficiant de plans d'entraînements adaptés à leur spécialité de faire preuve d'un maximum de discrétion en dehors des heures d'entraînement.

### 3. Responsabilité

Pour des raisons de responsabilité juridique, le transfert de responsabilité se fera aux heures de début et de fin d'entraînement. Ce transfert de responsabilité se fait des parents ou des représentants légaux vers les entraîneurs en début de séance et l'inverse en fin de séance. Pour cette raison, il est impératif d'être ponctuel aux débuts et aux fins d'entraînement. **Pour des raisons de gestion et de civisme, il est demandé de prévenir les responsables du club en cas d'absence aux entraînements.**

### 4. Compétition

Chaque athlète s'efforcera de participer aux compétitions indiquées par le Bureau Directeur, à savoir : les divers championnats (Hivernaux, Estivaux, Cross, Route) ainsi que les deux tours des Interclubs (1er et 3ème week-end de mai). La participation à ces compétitions est indispensable pour la représentation du club. Les parents peuvent accompagner les athlètes mineurs et participer à l'encadrement ou aider au travail des officiels durant la rencontre athlétique tout comme les athlètes majeurs peuvent aider bénévolement à juger lors des compétitions.

**En cas d'absence, il est demandé de prévenir un des responsables du club.**

### 5. Déplacements

Les déplacements sont, pour la majorité effectués en minibus, sous réserve de leur disponibilité. Dans le cas contraire, des co-voiturages seront organisés avec remboursement des frais kilométriques pour les championnats et les Interclubs. Les départs ont lieu devant le stade du Closelet. Les horaires de convocation et de retour de compétition sont communiqués par SMS.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion ainsi que du règlement interne que je m'engage à le respecter.

Fait à ..... le .....

Signature de l'athlète :

Signature des parents ou des représentants légaux :

## AUTORISATION PARENTALE

(Pour les enfants de moins de 16 ans – catégories Minime et Cadet)  
Pour les catégories Ecole d'athlé – Poussin et benjamin voir règlement intérieur

Je soussigné(e) ..... (nom, prénom), père – mère – représentant légal (\*),  
de l'enfant ..... (nom, prénom de l'enfant) autorise :

- la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive,  
notamment, un prélèvement de sang, Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage.      oui – non (\*)

- celui-ci à venir seul(e) à l'entraînement à .....      oui – non (\*)  
le .....

- celui-ci à repartir seul(e) du stade à .....      oui – non (\*)

- celui-ci à repartir avec un adulte dont le nom figure sur la liste suivante :      oui – non (\*)

-.....

-.....

(\*) Rayer la mention inutile

Fait à Epernon le : ...../...../.....

Signature du représentant légal

# FICHE D'URGENCE

## SAISON SPORTIVE 2018 - 2019

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

.....

Numéro de téléphone.....

En cas d'accident, les responsables du club s'efforceront après avoir mis les secours en place de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone (les numéros sont à classer par ordre de priorité) :

1.Nom : .....Prénom : .....Qualité : .....Tél : .....

2.Nom : .....Prénom : .....Qualité : .....Tél : .....

3.Nom : .....Prénom : .....Qualité : .....Tél : .....

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. La responsabilité du club s'arrête à la prise en charge par les services de secours.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance des services d'urgence (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...)

.....  
.....  
.....

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

.....