



ATHLÉTISME

DOSSIER D'ADHÉSION 2023-2024

☐ **Nouvel adhérent**

☐ **Ancien adhérent**

NOM de l'adhérent : Sexe : M F
Prénom de l'adhérent : Age :
Date de naissance : / / Lieu de naissance :
Adresse :
Remarques éventuelles (allergies...) pour l'enfant :

Coordonnées du (des) responsable (s) légal (aux) :

Parent 1 :

Nom, Prénom :

Adresse :

E-mail :

Tél portable : - - -

WhatsApp : OUI NON

Date et signature : / /

Parent 2 :

Nom, Prénom :

Adresse :

E-mail :

Tél portable : - - -

WhatsApp : OUI NON

Date et signature : / /

Afin de communiquer plus facilement, le club va créer un groupe WhatsApp : « [Athlétisme ACV](#) ».

Dès réception des bulletins d'adhésion, chaque parent sera invité à entrer dans ce groupe.

☐ **Baby athlé (4-6 ans)**

☐ **Ecole d'athlé (7-10 ans)**

☐ **Poussins (11 -12 ans)**

TYPE D'ADHÉSION CHOISIE POUR LA SAISON 2023-2024

☐ Adhésion annuelle **150 €** (pas de compétition donc pas de licence)

☐ Adhésion annuelle échelonnée (*Chèques à remettre à l'adhésion*)

Chèque n°1 **50 €** / Chèque n°2 **50 €** (remis début janvier) / Chèque n°3 **50 €** (remis début avril).

☐ Adhésion du 2ème membre de la famille (conjoint, enfant) : – **10 €**

☐ Adhésion à partir du 3ème membre de la famille (conjoint, enfant) : – **40 €**

Païement possible en chèques vacances, coupons sport ou documents CE.

Les demandes d'attestations de païement pour les CE se feront par mail.

Pièces à fournir :

☐ Bulletin d'adhésion complété lisiblement et signé.

☐ Chèque(s) d'adhésion à l'ordre de : **ACV**

Banque : Numéros de chèque : 1.

2.

3.

☐ Pour les **nouveaux adhérents** : un certificat médical de moins d'un an (modèle page 3).

☐ Pour les **anciens adhérents**, le questionnaire de santé complété et signé (page 4).
(Certificat médical valable 3 ans)

Assurance : Même si tous les adhérents du club sont assurés par l'assurance du club (MAIF), la loi impose que les adhérents d'un club aient une assurance personnelle en responsabilité civile couvrant les activités du club.
J'atteste sur l'honneur avoir souscrit pour mon enfant une assurance en responsabilité civile couvrant les activités du club.

OUI

NON

Droit à l'image : J'autorise la diffusion d'images sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître sur tous les supports destinés à la promotion du club et de ses activités : articles de presse, affiches, flyers, site internet du club, documents pédagogiques... (Excepté page Facebook)

OUI

NON

Page Facebook du club (photos de groupes uniquement) :

OUI

NON

Informatique et libertés : J'autorise le club à utiliser les informations portées sur le bulletin d'adhésion à des fins de fonctionnement ou pour l'information concernant les actions de promotion du club (communication interne par SMS, Mails ou WhatsApp). Aucune liste de diffusion ne sera transmise en dehors du club ni à aucun adhérent en particulier.

OUI

NON

Déplacements : J'autorise les membres du club ou les parents des membres du club à transporter mon enfant sur les sites d'entraînement (possibilité de récupérer à l'ALAE de l'école les lundis, et de récupérer et ramener les mercredis).

OUI

NON

En cas de réponse négative, je m'engage à transporter moi-même mon enfant sur les différents sites.

En cas d'accident, j'autorise le responsable sportif à prendre toutes les mesures nécessaires.

OUI

NON

Parent 1 :

Date et signature : / /

Parent 2 :

Date et signature : / /

CERTIFICAT MÉDICAL

Attention la mention « athlétisme compétition » est une formule générale qui concerne l'activité athlétisme et la marche nordique. Elle permet de s'inscrire à des courses, des trails, des randonnées, des marches ou autres épreuves organisées par une association (parfois caritative).

Si vous souhaitez que votre patient ne participe pas à des épreuves : rayez la mention compétition.

Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport

(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme 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

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent une Licence, à l'exclusion des Non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;
- un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme pour la Licence Athlé Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.

RENOUVELLEMENT D'ADHESION DANS UN CLUB SPORTIF OU DE LICENCE D'UNE FEDERATION SPORTIVE

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

NOM :

Prénom :

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*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
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 ?	☐	☐

*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.

DATE :

SIGNATURE DE L'ADHERENT OU DU REPRESENTANT LEGAL