



PHOTO

**Bulletin d'adhésion aux Pieds Nicleys ROYE 80**  
**Saison 2020 – 2021**  
**"ENFANT" Running FFA**  
(Validité du 01/09/2020 au 31/08/2021)

Je soussigné(e)

Nom: .....

Prénom: .....

Date de naissance:..... Sexe: F / M Nationalité: .....

Adresse: .....

Code Postal: ..... Ville: .....

Tel. Fixe: .....

Tel Portable: .....

Adresse de messagerie : (obligatoire pour recevoir la licence) .....

Pseudo Facebook (nécessaire pour vous accepter dans le groupe fermé LPN80) :

.....  
Adhère aux Pieds Nicleys Roye 80 pour la saison 2020-2021 et fournit un certificat médical, de moins de 2 mois de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition et reconnaît être informé de la possibilité de souscrire une assurance individuelle complémentaire couvrant les dommages corporels auxquels ma pratique sportive peut m'exposer (assurance de la FFA non obligatoire).

Fait le ..... à .....

Signature

Document à retourner à : Les Pieds Nicleys Roye 80, 1 rue Paul Jaillant 80700 Roye

Accompagné :

- D'un certificat médical de moins de 2 mois de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition (garder 2 ou 3 copies afin de vous permettre d'attendre l'arrivée de votre licence (envoyée par Mail par la FFA dès son enregistrement)
- D'un chèque du montant de votre inscription libellé à l'ordre de: Les Pieds Nicleys ROYE 80
- D'une photo

**Tarif de l'adhésion aux Pieds Nicleys Roye 80 (avec Licence FFA) :**

- **Athlé Running : 40€ ( Hors compétition régionaux , départementaux et nationaux )**
- **Athlé Compétition : 70€ ( Compétition à partir de 2008 )**

Contact club : [pieds.nicleys@outlook.fr](mailto:pieds.nicleys@outlook.fr)

Groupe fermé Facebook : LPN 80

Site INTERNET : [www.lpn80.fr](http://www.lpn80.fr)

# DEMANDE D'ADHESION



(Document personnalisé à l'en-tête du Club disponible dans SI-FFA licences à la rubrique « Fiche structure »)

Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

|   |  |
|---|--|
| <b>Nouvelle adhésion :</b> <input type="checkbox"/>   | <b>N° de licence</b> (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme) |
| <b>Nom de naissance :</b>   | <b>Nom d'usage :</b>   |
| <b>Prénom :</b>   | <b>Sexe :</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>            |
| <b>Date de naissance :</b>       /       /         (jj/mm/aaaa)   | <b>Lieu de naissance :</b>   |
| <b>Pays de naissance :</b>  | <b>Nationalité :</b>   |
| (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) |  |
| <b>Adresse complète :</b>  <br>   |  |
| <b>Code Postal :</b>  | <b>Ville :</b>   |
| <b>Adresse Email (obligatoire)</b><br>  |  |
| <b>Numéro de téléphone (fixe ou portable) :</b>   |  |
| <b>Type de licence choisie :</b>  |  |
| licence Athlé Compétition <input type="checkbox"/> licence Athlé Entreprise <input type="checkbox"/> licence Athlé Découverte <input type="checkbox"/>  |  |
| licence Athlé Running <input type="checkbox"/> licence Athlé Santé <input type="checkbox"/> licence Athlé Encadrement <input type="checkbox"/>  |  |

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

- Pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte (à partir de la catégorie Éveil Athlétique) et Athlé Running, le soussigné 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 et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le soussigné certifie avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme 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.

**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 0,28 € 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 (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)

**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. À cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : [dpo@athle.fr](mailto:dpo@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)





CERTIFICAT MEDICAL catégorie U7 BABY – ATHLE  
Découverte de la MOTRICITE USUELLE pour les ENFANTS de 4 à 7 ans  
**PRATIQUE de l'ATHLETISME HORS COMPETITION**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :

**Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN**

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de h à h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

**Examen à remplir par le médecin**

Date : Poids : Taille : IMC :

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque :

Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal :

Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

**Découper et donner uniquement le certificat ci-dessous au Club -----**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur

certifie que l'examen clinique ce jour de

confirme l'absence de contre-indication du sport ou de l'Athlétisme HORS COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :