



## Bulletin d'adhésion aux Pieds Nicleys ROYE 80 Saison 2021 – 2022

**« Adulte » Marche FFA**  
(Validité du 01/09/2021 au 31/08/2022)

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 2021-2022 et fournis 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



### Taille du maillot offert avec la licence

XS S M L XL XXL

Cette saison, nous vous proposons les nouveaux débardeurs du club, au prix de 30 €.

**Document à retourner** lors des entraînements ou à l'adresse suivante: 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)

-Du questionnaire de santé et du formulaire FFA dûment rempli

- D'un chèque du montant de votre inscription libellé à l'ordre de: Les Pieds Nicleys ROYE 80 ou



-D'un autre chèque en cas d'achat du débardeur

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

- **Athlé Santé : 55€**

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

Groupe fermé Facebook : LPN 80

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



EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB  
DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e)  
le :  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine :  
Spécialités sportives pratiquées :

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical patient** (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non  
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non  
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? oui non  
Précisions (année et type d'opération) :

Êtes-vous soigné pour :  
- le cœur ? oui non  
- la tension artérielle ? oui non  
- le diabète ? oui non  
- le cholestérol ? oui non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non  
Si oui lesquels ?

À 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 Électrocardiogramme : Résultat :  
Date de la dernière prise de sang : Résultat :

Avez-vous des allergies ? oui non  
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non  
Si oui lesquels ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?  
Combien de verres de bières, vin ou autres alcools buvez-vous par jour ?  
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 ? oui non  
Si oui précisez :

Je soussigné(e)  
Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.  
Date : Signature du sportif :

