



## Bulletin d'adhésion aux Pieds Nicleys ROYE 80 Saison 2022 – 2023

**« Adulte » Marche FFA**  
(Validité du 01/09/2022 au 31/08/2023)

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 2022-2023 et fournis un certificat médical, de moins de 2 mois de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition et reconnait 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 pour **les nouveaux licenciés**

XS      S      M      L      XL      XXL

**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)

## ANNEXE 3 – MODELE DE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION

**ATHLÉ**  
FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ATHLÉTISME

(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

Nouvelle adhésion : <input type="checkbox"/>	N° de licence (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme)
Nom de naissance :	Nom d'usage :
Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance :       /       /           (jj/mm/aaaa)	Lieu de naissance :
Pays de naissance :	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 Email (obligatoire)	
<b>Si mineur, adresse Email du représentant légal</b>	
Numéro de téléphone (fixe ou portable) :	
Type de licence choisie :	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 et Athlé Running, le soussigné **majeur** 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 d'un an à la date de prise de la licence.
- Pour les licences Athlé Santé, le soussigné **majeur** certifie avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme datant de moins d'un an 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.
- Pour la prise d'une 1<sup>ère</sup> licence ou le renouvellement de la licence d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale doit attester avoir rempli, avec son enfant, le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et voir son enfant dispenser, dans les conditions prévues par le Code du Sport, de présenter un 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 0,26 € 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 : 0,70 € 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)

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 :

**CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE  
L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine

Certifie avoir examiné ce jour :

Né(e) le :

et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

**Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique**

**RECOMMANDATIONS MEDICALES**

**à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running**

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

**L'appareil locomoteur :**

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

**L'appareil cardio-vasculaire :**

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :                    oui                    non  
  Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ?    oui                    non                    Quand ?

**L'appareil neurosensoriel :**

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

**Autres précautions et/ou préconisations** (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc...)

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

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin :

Cachet du médecin
-------------------