



Bulletin d'adhésion aux Pieds Nicleys ROYE 80
Saison 2023 – 2024
« ENFANT » Running FFA
(Validité du 01/09/2023 au 31/08/2024)

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 2023-2024 et fournis un certificat médical, de moins de 6 mois (Hors renouvellement 3 Ans) de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition et reconnais 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

Tarif de l'adhésion aux Pieds Nicleys Roye 80(avec Licence FFA),en fonction des catégories:

EVEIL Athlé : 2015 à 2017 : 55€

POUSSINS : 2013 à 2014 : 55€

BENJAMINS : 2011 à 2012 : 65€

MINIMES : 2009 à 2010 : 65€

CADETS : 2007 à 2008 : 65€ pour la Licence Running / 80€ pour la Licence Compétition

Document à déposer lors du prochain entraînement ou à retourner à: Les Pieds Nicleys Roye80,
1 rue Paul Jaillant 80700 Roye

Accompagné :

- D'un certificat médical de moins de 6 mois (Hors renouvellement 3 Ans) 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 remplis

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



Contact club : pieds.nicleys@outlook.fr Groupe fermé Facebook : LPN 80 Site: www.lpn80.fr

ANNEXE 4 – MODELES D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier 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 ?

Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :

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

Si oui lesquels ?

Avez-vous des allergies ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

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 :

Découper et donner uniquement le certificat médical au Club : -----

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou 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.

Date : Signature et Cachet :

CERTIFICAT MEDICAL catégorie U10 EVEIL ATHLETIQUE (enfant de 7 à 10 ans) :
ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES

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 médical ci-dessous au Club -----

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l'examen clinique ce jour de

Confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme EN COMPETITION :

Date :

Signature :

Cachet du médecin :