

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 recevoi	r la licence)			
Pseudo Facebook (nécessaire pour vous accep	• .	é LPN80) :		
Adhère aux Pieds Nicleys Roye 80 pour la sa mois (Hors renouvellement 3 Ans) de non co reconnais être informé de la possibilité de so dommages corporels auxquels ma pratique spo	ontre-indication à la pra ouscrire une assurance	atique de l'athlétisme en compétition e individuelle complémentaire couvrant les		
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

<u>Document à</u> 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







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

ANNEXE 3 – MODELE DE FORMULAIRE DE 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 case

Rempili en Leures Capitales et cocher les cas
Nouvelle adhésion : ☐ N° de licence (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme) _ _
Nom de naissance :
Date de naissance : _ _ / _ _ _ (jj/mm/aaaa) Lieu de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _
Pays de naissance :
(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 :
Adresse Email (obligatoire)
Si mineur, adresse Email du représentant légal
Numéro de téléphone (fixe ou portable) :
Licence Athlé Running Licence Athlé Santé Licence Athlé Encadrement Li
Electrice / Mille Pranting II Electrice / Mille Carte II Electrice / Mille Electricit II
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 1ère 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
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 coût de la licence). Un Club peut refuser le bénéfice de cette assurance proposée par la fédération, il doit alors fournir une attestation d'assuran 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 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 por 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 garanti optionnelles proposées (options 1 et 2) complémentaires (consultables entre autres sur le site 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 tou 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 q 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 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 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 suivant 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)

ANNEXE 4 - MODELES D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

Sexe: F M

Né(e) le :

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

Prénom:

	neures de prationation athlétiques pra	lue sportive par sen	naine (y comp	ris scolair	es ou univ	/ersitaires)		
		départemental	régional	interrég	gional	national		
Questionn	aire confident	tiel à remplir par	le snortif (OU 888 I	narents «	si l'athlète	est mineur)	ΔVΔNT Ia
		ver par le MEDECII						AVAIVI IO
Avez-vous		c arrêt de l'activité s			• (oui	non	
		dans les 5 années p motif d'hospitalisatio				oui	non	
Préci	•	? type d'opération)				oui	non	
le cœ	soigné pour : eur ? ision artérielle ?					oui oui	non non	
le dia	bète ? olestérol ?					oui oui	non non	
Prenez-vol		des médicaments ?	>			oui	non	
		ffort, avez-vous déjà poitrine ou un essou		mal ?		oui	non	
	alpitations (sens alaise ?	sation de battement	s anormaux) ?	?		oui oui	non non	
Date du de Date de la Nombre de	rnier Électrocar dernière prise c cigarettes par	le sang : jour :	Rés	sultat ? ultat ?		oui	non	
Prenez-vou		es, vin ou autre alco s ou des compléme	•			oui	non	
Avez-vous Si oui	des allergies ? , lesquelles ?	ation contre le tétan				oui	non	
Habituellen	nent vous consi	ation contre le tetan ultez votre médecin eu des accidents ca	pour quels pro	oblèmes ?	?			
	orts subites (n précisez :	nême de nourrisson) avant 50 an	s?		oui	non	
Je soussig ci-dessus.	né(e)	Date :		tifie sur l'h nature :	ionneur l'e	exactitude d	es renseignem	ents notés
Découper	et donner unic	uement le certifica	at médical au	Club :				
	CAT MEDICAL cardio-vasculair	: es à réaliser suivan	t les recomma	andations))			

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.

Signature et Cachet: Date:

NOM:

CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans **PRATIQUE de l'ATHLETISME en COMPETITION**

NOM:	Prénom :		Sexe : F M	Né (e) le :	
Questionnaire à remplir par les	parents de l'enfa	nt AVANT la	consultation me	édicale : à conserv	er par le
MEDECIN Spécialités athlétiques pratiquées : Nombre d'heures tous sports confor Blessures ces deux dernières année Date du dernier vaccin DT Polio Coo Médicaments pris chaque jour : Antécédents personnels médicaux : chirurgicaux : Antécédents familiaux : Date de la dernière consultation che Sommeil de h Nombre d'heures par jour devant la	ndus pratiquées par es : queluche : z le dentiste : à télé et jeux vidéo :				<u> </u>
Composition du dernier petit déjeund	er:				
Composition du dernier repas de mi	di :				
Contenus et heures des collations :					
Composition du dernier repas du so	ir:				
Quantité d'eau prise par jour : Prise de compléments alimentaires d'ampoule Date de la dernière prise d'ampoule		Lesqu	els?		
Examen à remplir par le médecin					
Date : Poids Douleurs et localisations :	:	Taille :	IMC :		
TA: Pouls	s :				
Auscultation cardiaque :			on pulmonaire :		
Examen abdominal :		Peau :	ain aal :		
Examen du rachis : Examen des 4 membres :		Distance m	am-sor.		
Palpation des points d'ossification se	econdaires :			Pied d'appel :	
Développement pubertaire (de Tann	ier):				
Acuité visuelle OD :	OG :				
Date du dernier vaccin DT Polio Cod	queluche :				
Age des premières règles :					
Découse et desses surions et l		al a! danaa	a Olask		
Découper et donner uniquement I	e certificat medic	ai ci-dessous	au Club	·	
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné(e) Docteur Certifie que l'examen clinique ce jou Confirme l'absence de contre-indica Date : Signature :		u sport ou de l'	Athlétisme EN C Cachet du méd		

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

NOM:	Prénom :	Sexe: F N	/I Né (e) le :	
Questionnaire à remplir par les MEDECIN Nombre d'heures tous sports confo Blessures ces deux dernières anné	ndus pratiquées par sema		médicale : à co	nserver par le
Date du dernier vaccin DT Polio Co Médicaments pris chaque jour : Antécédents personnels médicaux chirurgicaux :	queluche : :			
Antécédents familiaux : Date de la dernière consultation che Sommeil : de h Nombre d'heures par jour devant la Composition du dernier petit déjeur	ez le dentiste : à h télé et jeux vidéo :			
Composition du dernier repas de m	idi :			
Contenus et heures des collations :				
Composition du dernier repas du so	pir :			
Quantité d'eau prise par jour : Prise de compléments alimentaires Date de la dernière prise d'ampoule		Lesquels?		
Examen à remplir par le médecin Date : Poids Douleurs et localisations :			IMC :	
Auscultation cardiaque : Examen abdominal : Examen du rachis : Examen des membres :	Auscu Peau :	ıltation pulmonaire :		
Palpation des points d'ossification s Acuité visuelle OD : Date du dernier vaccin DT Polio Co	OG:			
Découper et donner uniquement	le certificat médical ci-d	essous au Club		
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné(e) Docteur Certifie que l'examen clinique ce joi Confirme l'absence de contre-indica		t ou de l'Athlétisme EN	I COMPETITION :	
Date : Signature :		Cachet du médecin	:	