

Saison 2023-2024

GUIDEL HENNEBONT INGUINIEL LARMOR LORIENT PLOEMEUR

Nouvelle adhésion : N° de licence (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme) : _____ Catégorie : _____

Nom d'usage : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____ Sexe : F M

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) : _____

N° de téléphone (portable) : _____ N° de téléphone (fixe) : _____

| Catégories | U10 E.A | U12 Poussins | U14 Benjamins | U16 Minimes | U18 Cadets | U20 Juniors | U23 Espoirs | U35 Seniors | Masters |
|--|-------------|-----------------|---|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Années de naissance | 2015 à 2017 | 2013- 2014 | 2011-2012 | 2009-2010 | 2007-2008 | 2005-2006 | 2002 à 2004 | 1990 à 2001 | 1989 et avant |
| Licences | Découverte | | Tous types de compétition (Marche nordique officielle FFA comprise) | | | | | | |
| Prix licence | 115€ | 115€ | 130€ | 140€ | 155€ | | | | |
| Licence Athlé running (courses à pied toutes compétitions hors stade hors championnats et épreuves d'animation sur piste et marche nordique en compétition ou hors compétition) (*) | | | | | 120€ | | | | |
| Licence Athlé Santé (Aucune compétition, uniquement des épreuves d'animation, Marche nordique, remise en forme, condition physique) (*) | | | | | 120€ | | | | |

(*)Choisir le type de licence et cocher la case à droite

Paiement par chèque – espèces- Forfait passion CAF – Chèques vacances – Coupons sport

Tarif familial : 2eme licence – 15% ; - 20% à partir de la 3eme licence (hors part fédérale). Possibilité de paiement échelonné par chèque.

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 Eveil Athlétique) 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 de six mois à la date de prise de la Licence.

- Pour la Licence Athlé Santé et Marche Nordique, le soussigné majeur certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport 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.

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 euros 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 euros 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 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. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : 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 (ENFANTS DE 7 à 10 ans)

CATEGORIE U10 EVEIL ATHLETIQUE – 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 :

Antécédents personnels 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

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné Mr, Mme, Mlle (*)

Agissant en qualité de : père – mère – tuteur (trice) (*)

De l'enfant mineur :

Né(e) le/...../..... à

n° de sécurité social auquel est rattaché l'enfant :

Dans le cadre de la pratique de l'athlétisme au sein de l'association Athlé Pays de L'Orient « APL'O »

Autorise les responsables et bénévoles du club ou des clubs associés à l'APL'O :

- à transporter mon enfant sur les lieux de rencontres, regroupements, sorties ou compétitions, en utilisant leur véhicule personnel ou un mode de transport collectif chaque fois que cela sera nécessaire au cours des activités de l'association ou de ses clubs associés.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre :

- à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant, notamment en cas d'accident ou de blessure, y compris en cas d'hospitalisation nécessitant une intervention chirurgicale, même sous anesthésie.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre :

- à récupérer, le cas échéant et sur décision médicale, mon enfant pour sa sortie de l'établissement hospitalier où il aura été admis. (Article R1112-57 du code de la santé publique : « (...) les mineurs ne peuvent être, pour les sorties en cours d'hospitalisation, confiés qu'aux personnes exerçant l'autorité parentale ou aux tierces personnes expressément autorisées par elles ».)

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre :

- autorise les responsables et bénévoles à laisser mon enfant partir seul(e) à l'issue de ses activités.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre :

Si non, personnes autorisées à venir le chercher :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

Nom : Prénom : Tél :

- autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang, conformément à l'article R.232.-45 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre :

En cas d'accident :

Personne à prévenir : Nom : N° tél. :

Médecin de famille à prévenir : Nom : N° tél. :

Préciser les allergies éventuelles :

Fait le

Signature du responsable légal précédée de la mention « lu et approuvé »

(*) rayer la mention inutile

APPEL AU BENEVOLAT POUR AIDER L'ASSOCIATION ET SES CLUBS ASSOCIES

Nom : Prénom :

N° de téléphone :

Adresse @mail :

Je me positionne en tant que bénévole pour aider l'association et ses sections affiliées :

- à être accompagnateur lors des organisations sportives (déplacements) ;
- à être juge accompagnant lors des compétitions ;
- à être encadrant entraîneur ;
- à participer à l'organisation d'évènements.

Quel que soit votre ou vos choix, vous serez contacté par l'association ou par ses clubs associés pour adapter vos disponibilités en fonction des besoins.

Signature (parents si le bénévole est mineur) :

Faire quelque chose pour autrui est le moteur des bénévoles qui s'impliquent quelques soient les domaines d'activité. Venez concrétiser votre envie de vous engager dans le monde associatif en rencontrant les bénéficiaires de notre association.

Merci à vous.

Luc PALABE
Président de l'APL'O

EXAMEN MEDICAL - CONFIDENTIEL

EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :/...../.....

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

Spécialités athlétiques 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 coeur ?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

Je soussigné(e) Docteur

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.

Date :

Signature du sportif :

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : .../.../....

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

| | | | |
|---|--|------------------------------------|------------------------------|
| Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider. | | | |
| Tu es : une fille <input type="checkbox"/> | | un garçon <input type="checkbox"/> | |
| | | Ton âge : ans | |
| Depuis l'année dernière | | | |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | | | OUI <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ? | | | NON <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | | | |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | | | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Aujourd'hui | | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents | | | |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | | | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Le sportif mineur devra fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler sa licence. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir pour votre enfant mineur. Simplement attestez, en remplissant ce questionnaire sur son espace personnel en ligne ou en retournant une version papier au Club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.