CERCLE JULES FERRY ATHLETISME

22 Avenue de Marville - 35400 SAINT-MALO
Tel : 02.23.18.00.79 - 06.58.05.84.37
Mail : ssbe.cjfstmalo@gmail.com - *Site* : http://www.cjfathletisme-saintmalo.com

SAISON 2023-2024 - BABY - EVEILS - POUSSINS

DOSSIER D'INSCRIPTION et / ou de REINSCRIPTION

SAINT-MALO (stade de Marville)	DINARD (Cosec)	UFS (Saint-Malo)
Eveils Athlétiques : Mercredi 15h à 16h et/ou Vendredi 17h à 18h30 Poussins : Mercredi 16h15 à 17h30 et/ou Vendredi 17H à 18h30	Poussins : Lundi 17h30 à 19h00	Baby Athlétique : Mercredi 13h45-14h30

Inscription ☐ Mutation ☐ Réadhésion: n°licence : ..... ☐

ETAT CIVIL :

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : ..... /..... /..... à: .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail mère : .....@.....

Mail père : .....@.....

Tel mère : ..... /..... /..... /..... /..... Tel père : ..... /..... /..... /..... /.....

Tel Fixe ..... /..... /..... /..... /.....

Profession mère : .....

Profession père : .....

Etablissement scolaire fréquenté : .....

TOUTES LES LIGNES SONT OBLIGATOIRE

CADRE RESERVE A L'ORGANISATEUR

Catégorie :.....

Certificat médical : ..... /..... /.....

Numéro de licence : .....

Paiement :

Espèces : ☐ Chèque ANCV : ☐

Chèque(s) : ☐

Numéro de chèque / Banque / Date

1. .....
.....
2. .....
.....
3. .....
.....

AUTORISATIONS

1. J'accepte que : Le responsable autorise en mon nom, une intervention médicale et/ou chirurgicale en cas de besoin :
Date : ..... / ..... / .....
Signature :

2. J'accepte que : Le responsable transporte mon enfant dans son véhicule, en cas de nécessité liée à l'activité (entraînement délocalisé ou compétition...)
Date : ..... / ..... / .....
Signature :

3. Je viendrai déposer et rechercher mon enfant à la salle, ou j'autorise mon enfant à venir et à quitter la salle seul(e):
Date : ..... / ..... / .....
Signature :

CERTIFICAT MEDICAL (articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du sport)

Date du Certificat médical : ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

Mention obligatoire "Absence de contre indication à la pratique de l'athlétisme en compétition" datant de moins de six mois à la prise de la licence.

TARIFS

« Comprends le coût de la licence 56,60€ , obligatoire pour une adhésion au sein d'un club affilié à la Fédération Française d'Athlétisme »

Tee-shirt du club

Baby Athlétiques (2018-2019)	☐ 160 €		= .....€
Eveil Athlétiques (2015-2016-2017)	☐ 160 €	☐ Tee-Shirt 25 €	= .....€
Poussins (2013-2014)	☐ 160 €	☐ Tee-Shirt 25 €	= .....€

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTE. FOURNIR : CERTIFICAT MEDICAL, REGLEMENT, ET CE DOCUMENT

Dossier réceptionné le : Réceptionné par :

FORMULAIRE DE NOUVELLE ADHESION ET DE RE ADHESION

CJF SAINT-MALO

ATHLÉ
FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ATHLÉTISME

Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

Licence N° :

NOM: **Nom de naissance**
Prénom: **Sexe :** ☐ F ☐ M **Date de naissance :** / /
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) :**

Type de Licence choisie :
☐ **Licence Athlé Compétition** ☐ **Licence Athlé Santé** ☐ **Licence Athlé Running**
☐ **Licence Athlé Découverte** ☐ **Licence Athlé Entreprise** ☐ **Licence Athlé Encadrement**

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 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 Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le soussigné 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.

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 0,28 euro 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 : 0.81 euro 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 reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique de l'Athlétisme pouvant porter atteinte à mon intégrité physique***

Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (option 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.

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

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 : cil@athle.fr

Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

☐ ***Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)***

Date et signature du Licencié :
(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

Imprimé par JEAN-LOUIS HELEU le 01/07/2020

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

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. Nom: Prénom: Date de naissance:

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 □ un garçon □	Ton âge : __ __ ans	
Depuis l'année dernière	**OUI**	**NON**
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	□	□
As-tu été opéré (e) ?	□	□
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	□	□
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	□	□
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	□	□
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	□	□
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	□	□
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	□	□
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	□	□
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	□	□
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	□	□
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	□	□
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	□	□
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	□	□
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	□	□
Te sens-tu triste ou inquiet ?	□	□
Pleures-tu plus souvent ?	□	□
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	□	□
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	□	□
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	□	□
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	□	□
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	□	□
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	□	□
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.)	□	□

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.

Date: Signature: