Salle Omnisport EUROPE

10 Avenue De l'Europe

54520 LAXOU

Saison Sportive

2017 / 2018

Fiche Individuelle d'adhésion obligatoire

version du 21/09/2017

Identité du licencié

Qualité civile ► **Nom* ►** **Prénom* ►**

Né(e) le* ► / / **à** **Nationalité* ►**

Adresse* ►

Code Postal ► **Ville* ►** **Taille* ►**

Téléphone ► **Domicile** **Portable***

Courriel* ►

Votre Licence vous seras envoyée à l'adresse mail indiquée ci-dessus, veuillez l'écrire lisiblement.

Identité FFA

Type de Licence* ► ☐ Competition ☐ Découverte ☐ Loisirs ☐ Autres ☐ **FFA** ☐ **FFH** ☐ Les Deux

Type d'adhesion* ► ☐ Renouvellement ☐ Création ☐ Mutation **Nº FFA ►**

Obligatoire si renouvellement ou mutation

Date certifiat médical ► Cf : Accord de Licence/Certificat médical ci dessous.

Accord de Licence

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 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 **(document à demander au staff).**

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)

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs :

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 autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

Je, soussigné(e) Mr ou Mme représentant légal de

certifie lui donner l'autorisation de se licencier au Laxou Athlètisme pour :
- toutes les activités mentionnées sur ce bulletin (y compris les activités proposées par cette association).
- de prendre place dans un véhicule de l'association ou une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessaires pour les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisir au cours de la saison.
- et d'autoriser les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

La personne à contacter en cas d'accident est :

au numéros de téléphone suivant :

ASSURANCES

L'établissement d'une licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par Laxou Athlétisme. Vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent porter atteinte à son intégrité physique d'où l'importance d'être assuré pour ses propres « dommages corporels » dans le cadre de l'activité pratiquée. Le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Je soussignée reconnais avoir pris connaissance des informations citeés ci dessus.

Réglementation

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation générale fédérale.

Signature obligatoire (du demandeur ou du représentant légal)

A

Le

Détail de la cotisation (partie réservée au secretariat LA)

Adhésion statutaire : **= Licence Fédérale :** **Participation au fonctionnement :**

Réglement : Espèces Cheq. Vac. CAF CB

N°chèque / Montant nº 1 (à l'ordre du Laxou Athlétisme) :

Nº chèque / Montant nº2 :

Nº chèque / Montant nº3 :

Nom de l'émeteur du chèque :

FACTURE : OUI ☐ NON ☐

(*) Veuillez indiquer éventuellement chez M. ou Mme X

L'inscription sera définitive qu'à la réception des 3 documents suivant :

- Règlement(s)
- Certificat médical de - 1an (premiére adhésion) ou questionnaire de santé (renouvellenement).
- Fiche d'adhésion remplie et signée

Aucun Athléte non licencé ne sera accepté au dela du 31 septembre 2017 .

INSCRIPTION POSSIBLE EN LIGNE (WWW.LAXOUATHLETISME.COM)

\

Restons en contact :

laxouathletisme@gmail.com Laxouathletisme www.Laxouathletisme.com

Organigramme du Club, section locale du NAM (Nancy Athlétisme Métropôle / nam.athle.fr)

Président(e) : **Vincent FRINGANT / +33(0)669723541**

Président(e) Adjoint(e) : **Billy DJAGBO**

Secretaire : **Marion PHILLIPPS**

Tresorier(e) : **Cindy RISSE**

Responsible Handisport : **Nicolas SZACHSZNAJDER**

LAXOU ATHLÉTISME

EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE DANS UN CLUB

(Recommandé par la Commission Médicale de la FFA)

Nom **Prénom**

Né(é) le :

Sexe: M F

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaire) :

Spécialités athlétique pratiquées :

Niveau de performance : Départemental | Régional | Interrégional | National

Questionnaire médical confidentiel à remplir par le sportif avant consultation médicale (Entourer la bonne répose)

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)		
Etes-vous soigné pour	OUI	NON
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 ?		
Prenez-vous des vitamines ou des compléménts alimentaires ?	OUI	NON
Si oui, lesquels ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Combien de verres de biéres, vins ou autres alcolls buvez-vous par jour ?		
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels probléme ?		
Avez-vous été blessé de l'activité sportive l'an dernier ?	OUI	NON
Si oui, précisez ?		
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des mort subites (même de nourisson) avant 50 ans ?	OUI	NON
Si oui, précisez ?		
A l'effort ou juste aprés l'effort, avez-vous déjà ressenti :	OUI	NON
Une douleur dans la poitrine ou un essouflement anormal ?		
Des palpitations (sensation de battements anormaux)		
Un malaise ?		
Avez-vous des allergies ?	OUI	NON
Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous déjà consulté un Cardiologue ?	OUI	NON
Date du dernier Electrocardiogramme ?		Résultat ?
Date de la dernière prise de sang ?		Résultat ?
Date de la derniére vaccination contre le tétanos ?		

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.

CERTIFICAT MEDICAL

pris en application des articles L. 231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Né(e) le : / /
Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme de ☐ **Compétition**
☐ **Loisir**

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprés 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 posiive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à , le / /

Cachet de Signature du Médecin

Article 2.1.2 des Réglements généraux de la fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent un eLicence, à l'exclusion des Non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), doivent produire :

Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétiton pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running;

Un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l' Athlétisme pour la Licence Athlé Santé.

Réglementation Code du sport :

Le code du sport impose la présentation préalable d'un certificat médical datant de moins de trois ans et attestant l'absence de non contre-indication avant la délivrance d'une licence sportive.

Systématiquement pour toute premiére demande de licence (article L231-2 du code du sport)
Tout les trois pour tout compétiteur (article L231-3 du code du sport).