

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_

N° de portable : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

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 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](http://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 : [cl@athle.fr](mailto:cl@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)

## S/L VIRY CHATILLON ATHLE 91

Répondez aux questions par OUI ou par NON.

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

SEXE : HOMME  FEMME

DATE DE NAISSANCE :

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

OUI NON

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A ce jour:  |                          |                          |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

«Si vous avez répondu NON à toutes les questions : «Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

«Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni:

- Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athlé Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».
- Un jeune athlète de la catégorie Baby-Athlé possédait une licence Athlé Découverte et va devenir Eveil Athlétique au 1er novembre. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat car au 1er novembre. Le certificat devra porter la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

**Date et signature du Licencié :**

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)



## ANNEXE 4 – CERTIFICAT MEDICAL

### Certificat Médical

**pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport**

(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique 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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Cachet du Médecin et Signature du médecin



## **CHARTRE DU CLUB**

### **1) DEPLACEMENTS**

Je soussigné M ou Mme.....autorise ma fille, mon fils.....à pratiquer l'athlétisme aux heures d'entraînement de VIRY ATHLE 91. De même, j'autorise mon enfant à effectuer les déplacements en voitures particulières (appartenant aux dirigeants ou à toutes personnes mandatées par le club) lorsque le nombre d'athlètes présentés à la compétition ne permet pas d'effectuer le transport dans un autobus.

### **2) RESPONSABILITES DU CLUB ET DES ATHLETES**

Le club est responsable des athlètes mineurs seulement pendant la durée de l'entraînement (sur la piste d'athlétisme ou dans la halle des sports) et lors de la présence de son entraîneur responsable. Si l'enfant est en dehors de la piste (ou de la Halle des Sports) et non accompagné de son éducateur sportif, le club ne pourra être tenu responsable.

Tout athlète mineur perturbant le déroulement de l'entraînement par son attitude ou une succession de retards pourra être exclu des activités de VIRY ATHLE 91 la première fois pour 2 semaines. Une lettre d'avertissement sera envoyée aux parents notifiant le motif de l'exclusion. Indépendamment de cette mesure, des procédures disciplinaires peuvent être engagées sur demande des entraîneurs ou des membres du comité directeur auprès du Président de l'association. Lors de toute exclusion, en aucun cas, le remboursement de la cotisation (même une partie) ne sera possible.

### **3) FONCTIONNEMENT DE LA HALLE DES SPORTS**

Différents règles de vie doivent être respectées dans la halle des sports de VIRY CHATILLON pendant les temps d'entraînement :

- L'entrée est interdite tant qu'un des entraîneurs responsables ou un membre du comité directeur n'est pas présent sur le site
- Chaque athlète doit avoir le respect des créneaux horaires
- Les vélos sont interdits dans la halle des sports
- Pour l'entraînement chaque athlète doit avoir une tenue descente.

D'autres réglementations sont affichées dans la halle des sports et doivent être respectés par tous les membres de l'association.

**SIGNATURE DE L'ATHLETE**

**SIGNATURE DES PARENTS**

(la signature devra être précédée de la mention « LU ET APPROUVE »)