

ASSOCIATION SPORTIVE DE BONDY

Section Athlétisme



Réservé à l'administration

Taille maillot : _____ Questionnaire de santé Certificat médical Rentre seul(e) : oui non

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____

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) Si mineur, adresse Email du représentant légal _____

Numéro de téléphone (fixe ou portable) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Type de licence choisie : Licence Athlé Compétition Licence Athlé Découverte Licence Athlé Running
Licence Athlé Santé 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 Éveil 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 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 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.
- Pour la 1ère prise de licence ou le renouvellement de la licence d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale peut 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 _____ (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, L 321-6 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 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 € 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. À 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

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 |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| (jj/mm/aaaa)

Signature

Cachet du médecin