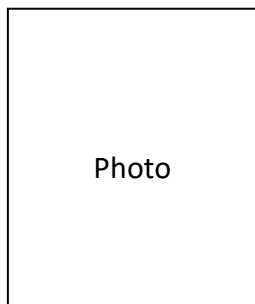




# ATHLETIQUE CLUB DE CLOYES (AC CLOYES)

Fédération Française d'Athlétisme – club n° 028017

[www.accloyes.com](http://www.accloyes.com)



## Bulletin d'inscription + de 15 ans- SAISON 2018-2019

Choix de la licence :  athlé compétition –  Athlé running

Pour un renouvellement d'adhésion, précisez votre N° de licence : .....

Montant payé : .....€ Par chèque N : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

Téléphone Fixe : ..... Téléphone Portable : .....

**E-mail obligatoire\*** : .....

## AUTORISATIONS

**ASSURANCE FFA** (Pour toute information : [www.athle.fr](http://www.athle.fr) rubrique assurances.

**LE TARIF DE LA LICENCE FFA COMPREND L'ASSURANCE. SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS EN BÉNÉFICIER, COCHEZ LA CASE :**

Dans ce cas, vous devrez nous fournir une attestation d'assurance couvrant les risques corporels liés à la pratique de l'athlétisme et reconnaissez avoir été informé(e) des risques encourus pouvant porter atteinte à votre intégrité physique lors de la pratique de l'athlétisme. Des garanties complémentaires peuvent, si vous le souhaitez, être souscrites avec l'assurance FFA.

### INFORMATIQUE ET LIBERTE :

L'adhérent est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le club et la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). L'adhérent est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que 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 : [cil@athle.fr](mailto:cil@athle.fr). Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

J'autorise l'AC CLOYES, ainsi que les ayant droits (partenaires et médias) à utiliser les images fixes ou audio-visuelles prises dans le cadre des activités du club.

J'autorise l'AC CLOYES à diffuser mes coordonnées aux autres membres de l'association :

**TÉLÉPHONE FIXE :** OUI – NON      **TÉLÉPHONE PORTABLE :** OUI - NON      **MAIL :** OUI - NON

Je soussignée ..... souhaite adhérer à l'association Athlétique Club de Cloyes.

Par ce fait, je m'engage à respecter les règlements et statuts de l'association ainsi que ceux de la Fédération Française d'Athlétisme.

A ....., le ...../...../.....

Signature de l'adhérent et du représentant légal.

# Tarif de la Licence + de 15 ANS pour la saison 2018-2019

## Les Catégories d'âge et tarifs des cotisations

Le changement de catégorie d'âge intervient le 1<sup>er</sup> novembre

Catégories	du 01/11/2018 au 31/10/2019	Tarif « compétition » Part licence FFA 61€ + 5€ adhésion club.	Tarif « running » Part licence FFA 37€ + 5€ adhésion club.
Master H/F	1979 et avant	66,00€	42,00€
Sénior H/F	1980 à 1996	66,00€	42,00€
Espoir H/F	1997/1998/1999	66,00€	42,00€
Junior H/F	2000/2001	66,00€	42,00€
Cadet H/F	2002/2003	66,00€	42,00€

Toute licence sera de 30€, pour les étudiants de moins de 21 ans sur présentation de la carte d'étudiant (études secondaires)

Catégorie	Code	Année de naissance
Masters H et F	Ma 1	1970 à 1979
"	Ma 2	1960 à 1969
"	Ma 3	1950 à 1959
"	Ma 4	1940 à 1949
	Ma 5	1939 et avant

La **licence Athlé-Running** autorise la participation aux courses sur route, cross, trail et course nature hors championnats officiels.

La **licence Athlé-Compétition** autorise en plus la participation aux compétitions officielles qualificatives, et sur piste.

## Documents et informations nécessaires à fournir

- **Feuille d'inscription entièrement remplie, datée et signée.** Le mail est **OBLIGATOIRE**, car **votre licence vous est adressée via mail par la FFA**
- Pour les cadets et juniors, mineurs au moment de l'inscription, **autorisation parentale OBLIGATOIRE**
- **Cotisation pour la saison** (Chèque à l'ordre de l'A.C.Cloyes)
- **Carte Nationale d'Identité** ou **du livret de famille**. Pour les athlètes de nationalité étrangère, photocopie de la carte de séjour, ou de celle des parents pour les mineurs.
- Une **attestation d'assurance** en cas de renoncement à l'assurance FFA.

### POUR LES NOUVEAUX ADHERENTS :

- **Certificat médical**, rempli par votre médecin, attestant l'absence de contre-indication à la pratique de **l'athlétisme en compétition** ou **du sport en compétition**, datant de moins de six mois.

### POUR LES LICENCIÉS DONT LE CERTIFICAT MÉDICAL DATE DE MOINS DE 3 ANS :

- **Attestation et Questionnaire de Santé "Q-Sport"** (cerfa n° 15699\*01) complété dûment et de bonne foi via un mail reçu par la FFA.

### **SI AU MOINS UN OUI DANS LE QUESTIONNAIRE, IL FAUT A NOUVEAU :**

- **Certificat médical**, rempli par votre médecin, attestant l'absence de contre-indication à la pratique de **l'athlétisme en compétition** ou **du sport en compétition** datant de moins de six mois.

**IMPORTANT : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**

# AUTORISATIONS pour les mineurs

## Autorisation parentale ou du représentant légal pour les mineurs :

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal) :.....

Demeurant à (adresse complète) :.....

.....

Numéros de téléphone où je peux être joint toute la journée :.....

Représentant légal de l'enfant mineur (Nom et Prénom) :.....

Né(e) le (date et lieu de naissance) :.....

Demeurant à (adresse complète) :.....

.....

Autorise mon enfant à pratiquer l'athlétisme au sein de l'Athlétique Club de Cloyes.

Cette autorisation implique l'acceptation des règles suivantes :

- Au début de chaque séance, je m'engage à ne pas quitter la surveillance de mon enfant avant de m'être assuré(e) de la prise en charge effective de celui-ci par un responsable de l'association chargé de l'accueillir.
- A la fin de chaque séance, je m'engage à venir chercher mon enfant aux horaires prévus pour les fins d'activités.

Autorise mon enfant à venir aux entraînements ou à rentrer seul.

Autorise une tierce personne à venir chercher mon enfant. Nom/prénom : .....

**En cochant ces cases, je suis pleinement conscient(e) que la responsabilité du club commence à partir du moment où l'athlète se présente aux responsables et s'arrête à la fin de l'entraînement.**

## Autorisation de déplacement lié aux activités du club :

Autorise un entraîneur ou un membre du club ou un parent d'athlète de l'AC.CLOYES à emmener mon enfant dans son véhicule personnel dans le stricte cadre des activités du club (entraînements, compétitions).

## Autorisation de soins médicaux :

Autorise en cas de blessures accidentelles et en cas d'urgence, un médecin à pratiquer tous les examens médicaux rendus nécessaires à l'établissement du diagnostic.

En cas d'extrême urgence, j'autorise également, toute intervention médicale ou chirurgicale y compris avec la phase d'anesthésie-réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

## Autorisation de droit d'image :

Autorise l'Athlétique Club de Cloyes à utiliser le nom, l'image, la voix et la prestation sportive de mon enfant en vue de toute exploitation directe ou sous forme dérivée et ce, sur tout support y compris à des fins promotionnelles, publicitaires ou commerciales, dans le monde entier, par tous les moyens connus ou inconnus à ce jour et pour la durée la plus longue prévue par la loi.

A ....., le ...../...../.....

Signature de l'adhérent et du représentant légal.

**MODELE CERTIFICAT MEDICAL ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) : \_\_\_\_\_  
Spécialités : \_\_\_\_\_ Niveau de performance : \_\_\_\_\_

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN.** (Entourez 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)

Etes-vous soigné pour :

- 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 ?

A 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 Electrocardiogramme : \_\_\_\_\_ 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  
Si oui précisez :

Je soussigné \_\_\_\_\_ certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus

Date : \_\_\_\_\_ signature du patient ou du parent du mineur :

**DECOUPER ET DONNER UNIQUEMENT LE CERTIFICAT AU CLUB**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_ certifie que l'examen clinique de ce jour de

Mr, Mme \_\_\_\_\_ confirme l'**absence de contre-indication à la pratique**

**du sport ou de l'athlétisme EN COMPETITION**

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.

Date : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du médecin :**