



# ATHLETIQUE CLUB DE CLOYES (AC CLOYES)

Fédération Française d'Athlétisme – club n° 028017

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

## Bulletin d'inscription EA/PO - SAISON 2018-2019

Type de Licence : athlé découverte

Catégorie : Eveil Athlé  - Poussin(e)   
(2010-2011) - (2008-2009)

Photo

Montant payé : .....€

Par chèque N : .....

Nom : .....Prénom : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Sexe : H / F Nationalité : .....

Adresse : .....

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

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

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

(La licence est envoyée par mail)

## 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.

# 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.

# Tarif de la Licence EA/PO 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€) + adhésion club (5€)*
Eveil Athlé (EA) H/F	2010 - 2011	66,00€*
Poussin (PO) H/F	2008 - 2009	66,00€*

(\*) A partir de 3 licences payantes pour un même foyer familial, le club ne prendra qu'une seule adhésion club.

La licence athlé-découverte autorise la participation aux épreuves officielles fédérales.

## Horaires et lieux d'entraînement

**Lieux :** Les entraînements auront lieu au gymnase des 3 rivières à CLOYES.  
(Chaussures d'intérieur et d'extérieur **obligatoires** à chaque entraînement)

**Horaires :**

- Les **samedis après-midi** : de **14h30 à 15h45**
- Les **lundis soir** : de **18h00 à 19h15**

## 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
- **Autorisation parentale OBLIGATOIRE**
- **Certificat médical**, rempli par votre médecin, attestant l'absence de contre-indication à la pratique **du sport en compétition** ou de **l'athlétisme en compétition** datant de moins de six mois. **Utilisez prioritairement le modèle de certificat fourni dans ce dossier.**  
*Lors d'un renouvellement de licence, votre certificat peut être valable 3 ans à condition d'avoir rempli et validé le questionnaire médical de santé sur votre compte Internet FFA. Un mail de la FFA vous a été envoyé en ce sens.*
- **Cotisation pour la saison** (Chèque à l'ordre de l'A.C.Cloyes)
- **Copie de la 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.

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

**CERTIFICAT MEDICAL catégories EVEIL ATHLETIQUE et POUSSIN (enfant de 7 à 10 ans) :  
ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

**Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN**

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :  
chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil : de h à h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

**Examen à remplir par le médecin**

Date : Poids : Taille : IMC :

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

**Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au club -----**

---

**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 :

Signature :

Cachet du médecin :