



ATHLETIQUE CLUB DE CLOYES (AC CLOYES)

Fédération Française d'Athlétisme – club n° 028017

www.accloyes.com

Inscription Ecole d'Athlé BE/MI/CA - SAISON 2019-2020

Type de Licence : athlé compétition

Catégorie : Benjamin **U14** - Minime **U16** - Cadet **U18**
(2007 - 2008) (2005 - 2006) (2003 - 2004)

Photo

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

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 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. 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 (pour co-voiturage, entraînements, compétitions...):

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

Je soussigné(e) 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 FFA

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 de BE/MI/CA pour la saison 2019-2020

Les Catégories d'âge et tarifs des cotisations Le changement de catégorie d'âge intervient le 1^{er} novembre

Catégories	du 01/11/2019 au 31/10/2020	Tarif « compétition » Part licence FFA (63€) + adhésion club (5€)*
Benjamin (U14) H/F	2007 et 2008	68,00€*
Minime (U16) H/F	2005 et 2006	68,00€*
Cadet (U18) H/F	2003 et 2004	68,00€*

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

La licence Athlé-Compétition autorise la participation aux compétitions 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 **15h30 à 17h15**
- Les **lundis soir** : de **18h00 à 19h30**

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 de l'athlétisme en compétition** datant de moins de six mois. (modèle en dernière page) –
Sauf si vous avez rempli votre questionnaire de santé en ligne et que votre certificat est encore valable
- **Cotisation pour la saison** (Chèque à l'ordre de l'AC 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

ANNEXE 4 – MODELES D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

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 : Sexe : F M Né(e) le :
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :
Spécialités athlétiques pratiquées :
Niveau de performance : départemental régional interrégional national

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient (Entourer 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 (e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus. Date : Signature :

Découper et donner uniquement le certificat médical au club : -----

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

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 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.

Date : Signature et Cachet :