



# ADHÉSION COMBOURG ATHLÉTISME 2022/2023



DATE .....

## ETAT CIVIL

NOM .....  
PRÉNOM .....  
SEXE ☐ F ☐ M DATE DE NAISSANCE .....  
NATIONALITÉ .....  
ADRESSE .....  
CODE POSTAL ..... VILLE .....  
TÉLÉPHONE ..... OU .....  
MAIL (OBLIGATOIRE) .....

## LICENCE

☐ NOUVEAU LICENCIÉ ☐ RENOUELEMENT (N° LICENCE.....) ☐ MUTATION (CLUB : .....)  
☐ DÉCOUVERTE (DE 2012 À 2016) 85€ ☐ COMPÉTITION (DE 2001 À 2011) 85€ ☐ COMPÉTITION (2000 ET AVANT) 90€  
☐ SANTÉ/LOISIR (ADULTES SEULEMENT) 55€ ☐ ENCADREMENT 55€

## CERTIFICAT MÉDICAL/QUESTIONNAIRE SANTÉ

- **POUR LES LICENCIÉS MINEURS** : CONFORMÉMENT AU DÉCRET N° 2021-564 DU 7 MAI 2021, LE CERTIFICAT MÉDICAL EST REMPLACÉ PAR LE QUESTIONNAIRE SANTÉ (FOURNI EN ANNEXE). CEPENDANT, SI VOUS RÉPONDEZ « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS, IL EST ALORS DEMANDÉ À L'ENFANT DE CONSULTER UN MÉDECIN QUI ÉTABLIRA ALORS, OU NON, UN CERTIFICAT MÉDICAL.
- **POUR LES LICENCIÉS MAJEURS** : SI VOTRE CERTIFICAT MÉDICAL A MOINS DE 3 ANS, REMPLIR LE QUESTIONNAIRE "QS-SPORT" (FOURNI EN ANNEXE). SINON, FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL ATTESTANT L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ATHLÉTISME (Y COMPRIS EN COMPÉTITION) DATANT DE MOINS DE 6 MOIS À LA DATE DE LA PRISE DE LICENCE.

## ASSURANCE

(ARTICLES L 321-1, L 321-4, L 321-5, L 321-6 DU CODE DU SPORT)

- ☐ J'ACCEPTÉ L'ASSURANCE INDIVIDUELLE "ACCIDENT DE BASE ET ASSISTANCE", COUVRANT LES DOMMAGES CORPORELS AUXQUELS PEUT M'EXPOSER LA PRATIQUE DE L'ATHLÉTISME (INCLUDE DANS LE COÛT DE LA LICENCE)
- ☐ JE REFUSE L'ASSURANCE INCLUDE ET JE FOURNIS UNE ATTESTATION D'ASSURANCE PERSONNELLE

## AUTORISATIONS

- ☐ **DROIT À L'IMAGE** : AUTORISE LE CLUB À UTILISER SON IMAGE SUR TOUT SUPPORT DESTINÉ À LA PROMOTION DU CLUB, À L'EXCLUSION DE TOUTE UTILISATION À TITRE COMMERCIAL.
- ☐ **S'ENGAGE À RESPECTER LES STATUTS ET RÈGLEMENTS DE COMBOURG ATHLÉTISME, DES FÉDÉRATIONS FRANÇAISE ET INTERNATIONALE D'ATHLÉTISME.**
- ☐ **LOI RGPD** : ACCEPTE QUE DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL LE CONCERNANT SERONT COLLECTÉES ET TRAITÉES INFORMATIQUEMENT PAR LE CLUB AINSI QUE PAR LA FFA, STOCKÉES SUR LE SITE SI-FFA ET POURRONT ÊTRE PUBLIÉES SUR LE SITE INTERNET DE LA FFA.

SIGNATURE DU LICENCIÉ OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL  
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ"



## ADHÉSION COMBOURG ATHLÉTISME 2022/2023

**ATHLÉ**  
FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ATHLÉTISME

### AUTORISATIONS PARENTALES POUR LES ATHLÈTES MINEURS

JE SOUSSIGNÉ(E) .....  
☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR LÉGAL  
DE L'ENFANT .....

- ☐ AUTORISE LES DIRIGEANTS, ENTRAÎNEURS ET PARENTS D'ATHLÈTES, À VÉHICULER MON ENFANT LORS DES COMPÉTITIONS ET DES DÉPLACEMENTS EN CAS D'INCAPACITÉ DE MA PART À EFFECTUER CE TRANSPORT MOI-MÊME.
- ☐ AUTORISE UN MÉDECIN À PRATIQUER TOUS LES EXAMENS MÉDICAUX NÉCESSAIRES À L'ÉTABLISSEMENT D'UN DIAGNOSTIC, EN CAS DE BLESSURES ACCIDENTELLES ET EN CAS D'URGENCE. ET EN CAS D'EXTRÊME URGENCE, TOUTE INTERVENTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE Y COMPRIS AVEC LA PHASE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION QUE NÉCESSITERAIT L'ÉTAT DE SANTÉ DE MON ENFANT.
- ☐ AUTORISE – CONFORMÉMENT À L'ARTICLE R 232-45 DU CODE DU SPORT, DANS LE CADRE DE LA LUTE CONTRE LE DOPAGE – LA RÉALISATION DE PRÉLÈVEMENT NÉCESSITANT UNE TECHNIQUE INVASIVE, NOTAMMENT UN PRÉLÈVEMENT DE SANG.
- ☐ AUTORISE MON ENFANT À VENIR AUX ENTRAÎNEMENTS ET À RENTRER SEUL( E ) PAR SES PROPRES MOYENS. J'AI PRIS ACTE QUE LA RESPONSABILITÉ DU CLUB COMMENCE À PARTIR DU MOMENT OÙ L'ATHLÈTE SE PRÉSENTE AUX RESPONSABLES ET S'ARRÊTE FIN DE L'ENTRAÎNEMENT.

CHERS PARENTS, VOUS POUVEZ NOUS AIDER AU FONCTIONNEMENT DU CLUB.

NOTRE ASSOCIATION SPORTIVE NE PEUT FONCTIONNER QUE GRÂCE AUX BÉNÉVOLES. LA PARTICIPATION DE CHACUN ET CHACUNE D'ENTRE NOUS, NE SERAIT-CE QU'UNE SEULE FOIS DANS LA SAISON, NOUS PERMETTRA D'OFFRIR À TOUTES ET À TOUS LA QUALITÉ D'ENCADREMENT QUE NOUS ATTENDONS.

POUVEZ-VOUS NOUS AIDER À :

- . PARTICIPER PONCTUELLEMENT AUX ACTIVITÉS DU CLUB ? ☐ OUI ☐ NON
- . ACCOMPAGNER DES ENFANTS LORS D'UN DÉPLACEMENT ? ☐ OUI ☐ NON
- . ÊTRE JURY LORS D'UNE COMPÉTITION (IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'ÊTRE « OFFICIEL » LORS D'UNE COMPÉTITION JEUNES) ? ☐ OUI ☐ NON

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL DU/DE LA LICENCIÉ(E)  
PRÉCÉDÉE DE LA MENTION "LU ET APPROUVÉ"

# QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE

AVERTISSEMENT À DESTINATION DES PARENTS OU DE LA PERSONNE AYANT L'AUTORITÉ PARENTALE : IL EST PRÉFÉRABLE QUE CE QUESTIONNAIRE SOIT COMPLÉTÉ PAR VOTRE ENFANT, C'EST À VOUS D'ESTIMER À QUEL ÂGE IL EST CAPABLE DE LE FAIRE. IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ DE VOUS ASSURER QUE LE QUESTIONNAIRE EST CORRECTEMENT COMPLÉTÉ ET DE SUIVRE LES INSTRUCTIONS EN FONCTION DES RÉPONSES DONNÉES.

FAIRE DU SPORT : C'EST RECOMMANDÉ POUR TOUS. EN AS-TU PARLÉ AVEC UN MÉDECIN ? T'A-T-IL EXAMINÉ (E) POUR TE CONSEILLER ? CE QUESTIONNAIRE N'EST PAS UN CONTRÔLE. TU RÉPONDS PAR OUI OU PAR NON, MAIS IL N'Y A PAS DE BONNES OU DE MAUVAISES RÉPONSES. TU PEUX REGARDER TON CARNET DE SANTÉ ET DEMANDER À TES PARENTS DE T'AIDER.

NOM.....PRÉNOM.....

TU ES ☐UNE FILLE ☐UN GARÇON.....TON ÂGE.....

| DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE                                                                                    | OUI | NON |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| • ES-TU ALLÉ (E) À L'HÔPITAL PENDANT TOUTE UNE JOURNÉE OU PLUSIEURS JOURS ?                                |     |     |
| • AS-TU ÉTÉ OPÉRÉ (E) ?                                                                                    |     |     |
| • AS-TU BEAUCOUP PLUS GRANDI QUE LES AUTRES ANNÉES ?                                                       |     |     |
| • AS-TU BEAUCOUP MAIGRI OU GROSSI ?                                                                        |     |     |
| • AS-TU EU LA TÊTE QUI TOURNE PENDANT UN EFFORT ?                                                          |     |     |
| • AS-TU PERDU CONNAISSANCE OU ES-TU TOMBÉ SANS TE SOUVENIR DE CE QUI S'ÉTAIT PASSÉ ?                       |     |     |
| • AS-TU REÇU UN OU PLUSIEURS CHOCs VIOLENTS QUI T'ONT OBLIGÉ À INTERROMPRE UN MOMENT UNE SÉANCE DE SPORT ? |     |     |
| • AS-TU EU BEAUCOUP DE MAL À RÉSPIRER PENDANT UN EFFORT PAR RAPPORT À D'HABITUDE ?                         |     |     |
| • AS-TU EU BEAUCOUP DE MAL À RÉSPIRER APRÈS UN EFFORT ?                                                    |     |     |
| • AS-TU EU MAL DANS LA POITRINE OU DES PALPITATIONS (LE CŒUR QUI BAT TRÈS VITE) ?                          |     |     |
| • AS-TU COMMENCÉ À PRENDRE UN NOUVEAU MÉDICAMENT TOUS LES JOURS ET POUR LONGTEMPS ?                        |     |     |
| • AS-TU ARRÊTÉ LE SPORT À CAUSE D'UN PROBLÈME DE SANTÉ PENDANT UN MOIS OU PLUS ?                           |     |     |

| DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)                                                          |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| • TE SENS-TU TRÈS FATIGUÉ (E) ?                                                                       |  |  |
| • AS-TU DU MAL À T'ENDORMIR OU TE RÉVEILLES-TU SOUVENT DANS LA NUIT ?                                 |  |  |
| • SENS-TU QUE TU AS MOINS FAIM ? QUE TU MANGES MOINS ?                                                |  |  |
| • TE SENS-TU TRISTE OU INQUIET ?                                                                      |  |  |
| • PLEURES-TU PLUS SOUVENT ?                                                                           |  |  |
| • RESSENS-TU UNE DOULEUR OU UN MANQUE DE FORCE À CAUSE D'UNE BLESSURE QUE TU T'ES FAITE CETTE ANNÉE ? |  |  |

| AUJOURD'HUI                                                                 |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|
| • PENSES-TU QUELQUEFOIS À ARRÊTER DE FAIRE DU SPORT OU À CHANGER DE SPORT ? |  |  |
| • PENSES-TU AVOIR BESOIN DE VOIR TON MÉDECIN POUR CONTINUER LE SPORT ?      |  |  |
| • SOUHAITES-TU SIGNALER QUELQUE CHOSE DE PLUS CONCERNANT TA SANTÉ ?         |  |  |

| QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS                                                                                                                                                                              |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| • QUELQU'UN DANS VOTRE FAMILLE PROCHE A-T-IL EU UNE MALADIE GRAVE DU CŒUR OU DU CERVEAU, OU EST-IL DÉCÉDÉ SUBITEMENT AVANT L'ÂGE DE 50 ANS ?                                                                           |  |  |
| • ETES-VOUS INQUIET POUR SON POIDS ? TROUVEZ-VOUS QU'IL SE NOURRIT TROP OU PAS ASSEZ ?                                                                                                                                 |  |  |
| • AVEZ-VOUS MANQUÉ L'EXAMEN DE SANTÉ PRÉVU À L'ÂGE DE VOTRE ENFANT CHEZ LE MÉDECIN ? (CET EXAMEN MÉDICAL EST PRÉVU À L'ÂGE DE 2 ANS, 3 ANS, 4 ANS, 5 ANS, ENTRE 8 ET 9 ANS, ENTRE 11 ET 13 ANS ET ENTRE 15 ET 16 ANS.) |  |  |

SI TU AS RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS, TU DOIS CONSULTER UN MÉDECIN POUR QU'IL T'EXAMINE ET VOIT AVEC TOI QUEL SPORT TE CONVIENT. AU MOMENT DE LA VISITE, DONNE-LUI CE QUESTIONNAIRE REMPLI.

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 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"/> |
| <i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>                                                                                                                                     |                          |                          |

#### 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.