



ADHÉSION COMBOURG ATHLÉTISME 2025/2026



DATE

ETAT CIVIL

NOM

PRÉNOM

SEXE

☐ F

☐ M

DATE DE NAISSANCE

NATIONALITÉ

ADRESSE

CODE POSTAL

VILLE

TELEPHONE

OU

MAIL (OBLIGATOIRE)

LICENCE

☐ NOUVEAU LICENCIÉ

☐ RENOUELEMENT (N° LICENCE.....)

☐ MUTATION (CLUB :

☐

EA-PO (DE 2015 À 2019) 100€

☐

BE-JU (DE 2007 À 2014) 100€

☐

ESPOIR (2004-2006) 110€

☐

SENIOR (1992 À 2003)-MASTER (1991 ET AVANT) 120€

☐

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 2025/2026



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 RENOUVELLEMENT 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 RESPIRER PENDANT UN EFFORT PAR RAPPORT À D'HABITUDE ?		
• AS-TU EU BEAUCOUP DE MAL À RESPIRER 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 LÉgal