

# Mon Dossier d'inscription

## Pieces à fournir

- Fiche d'inscription complétée
- Questionnaire de santé / Certificat médical
- Règlement

Attention tout dossier incomplet ne pourra être pris en compte et sera refusé

## Licences

- Création
- Renouvellement
- Mutation

Si vous mutez ou renouvez votre licence, n° de licence : \_\_\_\_\_

Type de licence:  Compétition  Loisir  Encadrement (Dirigeant / Entraîneur)

## Informations personnelles

Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_

Prénom de l'adhérent : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Femme  Homme

Nationalité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Taille de maillot : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

## Autorisation parentale (pour les mineurs)

Nom (mère, père, tuteur): \_\_\_\_\_

Demeurant (si différent) : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Profession / Étude : \_\_\_\_\_

- Si parents séparés :

Téléphone n°2: \_\_\_\_\_

Adresse n°2: \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) M. Mme \_\_\_\_\_ autorise, n'autorise pas mon enfant \_\_\_\_\_  
à rentrer seul après l'entraînement à compter du \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ jusqu'au \_\_\_\_\_ (fin de la  
saison d'athlétisme le 30 juin jusqu'en minimes (sauf si qualifié pour les pointes d'or) et 31 juillet  
à partir de cadets)

Personne(s) récupérant l'enfant à la fin de l'entraînements :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Qui prévenir en cas d'urgence (pour les majeurs)

Nom & Prenom : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Telephone : \_\_\_\_\_

### Moyen de Paiement

Type de règlement:

Chèque

Coupon sport ANCV (non dématérialisé)

Espèces

Chèque vacances (ANCV)

**La licence à l'année  
: 175 euros**

**Le paiement en 2/3 fois est possible, fournir l'ensemble des chèques en mentionnant au dos les dates d'encaissement. N'oubliez pas que l'ordre du chèque doit être de ASC Athlétisme**

Reduction :

Bon CAF

Pass'Sport

Reçu C.E

Réduction de 15€ pour le second athlète d'une même famille

### Droit à l'image

Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion du Club, à l'exclusion de toute utilisation commerciale. J'autorise par la présente que les photos sur lesquelles figure mon enfant ou moi-même pourront être utilisées :

- dans la revue Chelles Contacts et les supports de communication utilisés par la ville de Chelles,
- dans les journaux faisant état des résultats sportifs de l'association (ex : la Marne)
- lors de ses actions de promotions (Carrefour des associations, manifestations sportives),
- sur les sites internet de l'ASC et l'ASC athlétisme (<http://asc.athle.free.fr> et <http://aschelles77.com>).

Je prends note que l'association s'engage à ne publier que des photographies représentant les athlètes dans le contexte d'activités organisées par le club et qu'en aucun cas, l'association ne cédera les photos visées à des tiers sans leur consentement.

J'accepte le droit à l'image

Je refuse

## Accords de licence

### Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude

avérée, sur les données le concernant, ainsi que de 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'accepte la transmission des informations**

**Je refuse la transmission des informations (L'absence de réponse vaut acceptation.)**

### Certificat médicale:

Le certificat médical est obligatoire pour les licences Compétitions et doit être daté de moins de 6 mois lors de l'adhésion faisant apparaître la mention suivante : "Non-contre indication à la pratique du sport (ou de l'athlétisme) en compétition"

Le certificat médical est obligatoire pour les licences Découverte, Santé - Loisirs et Athlé Fit Parents et doit être daté de moins de 6 mois lors de l'adhésion faisant apparaître la mention attestant : "Non-contre indication à la pratique du sport (ou de l'athlétisme)" Pour la pratique des mineurs le certificat reste obligatoire afin d'être assuré que la pratique peut se faire sans danger

### Assurance :

La fédération propose, par l'intermédiaire de la MAIF assureur : une assurance individuelle accident de base et assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut exposer la pratique de l'athlétisme au prix de : 0.7€ TTC (inclus dans le prix de la licence).

**J'accepte l'assurance**

**Je refuse l'assurance**

### Transports:

Je l'autorise également à pratiquer l'athlétisme au sein du As Chelles Athlétisme pour la saison 2023/2024 et en particulier à participer à tous les entraînements et/ou compétitions, ainsi qu'aux déplacements nécessaires à cette pratique. J'atteste également avoir pris connaissance des conditions de transports de mon enfant, et autorise donc qu'il soit transporté dans les véhicules de particuliers ou de location, conduits : soit par des parents, soit par des membres du Club (voiture, bus, minibus). J'autorise également le As Chelles Athlétisme à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident.

**Toute inscription est définitive et ne pourra donner lieu à remboursement même partiel.**

**Les dossiers d'inscriptions doivent être remis en main propre durant les permanence d'inscription le samedi 16/09 ou le samedi 30/09 à un représentant du bureau**

Signature des parents :  
(avec la mention "Lu et approuvé")

Signature de l'athlète :  
(avec la mention "Lu et approuvé"))

## Association des Sports de Chelles

Agréée par le Ministère de l'Education Nationale n°2103 du 1er avril 1947 Enregistrée à la Sous-Préfecture de Meaux n°1310 du 3 mai 1945 (J.O.3-6-1945) N° Siret 784 918 609 00016 -

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE  
L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE  
L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION  
DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À  
CONTRAINTES PARTICULIÈRES  
(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)**

*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.

**Tu es une fille  un garçon**

Ton âge :

ans

Depuis l'année dernière

OUI

NON

Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu très fatigué (e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aujourd'hui

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

**Date et signature du Licencié :**  
**( et des parents ou du représentant légal )**

Cochez une seule des trois cases.

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

Sexe :  Femme  Homme

DATE DE NAISSANCE :

**DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:**

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée?
- 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise?
- 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)?
- 4) Avez-vous eu une perte de connaissance?
- 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?
- 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies)?

**A ce jour:**

- 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?
  - 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé?
  - 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive?
  - 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.
- NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau**
- Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau**
- Je refuse de répondre à ces questions, et je devrai présenter un nouveau certificat**
- médical**

«Si vous avez répondu NON à toutes les questions : «Pas de certificat médical à fournir, sous certaines conditions . 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, ou si vous refusez de répondre : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni:

Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athlé Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier

**Date et signature du Licencié :**

**(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)**

Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport  
(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

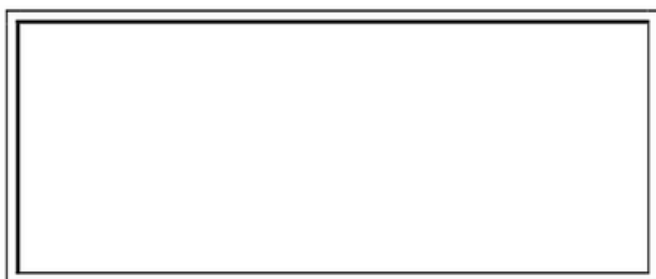
Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique 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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



**Cachet du Médecin et Signature du médecin**

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme:

Les personnes qui demandent une Carte d'adhérent, à l'exclusion des Non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;
- un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme pour la licence Athlé Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.