FORMULAIRE DE NOUVELLE ADHESION

EVIAN OFF COURSE

Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

Licence N° :

NOM : Prénom :

Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance : / / (jj/mm/aaaa)

Nationalité :

(L'Athlète de nationalité étrangère ayant réalisé une performance de niveau équivalent ou supérieur à IB dans les 12 derniers mois doit obligatoirement le signaler afin que la FFA puisse formuler une demande d'autorisation auprès de la fédération du pays d'origine)

Adresse complète :

Code Postal : Ville :

Adresse Email (*obligatoire*) :

N° de téléphone (portable) : N° de téléphone (fixe) :

Type de Licence choisie : ☐ Licence Athlé Compétition ☐ Licence Athlé Découverte ☐ Licence Athlé Santé ☐ Licence Athlé Entreprise ☐ Licence Athlé Running ☐ Licence Athlé Encadrement

Certificat médical : (*Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport*)

- Pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte (à partir de la catégorie Eveil Athlétique) et Athlé Running le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
- Pour la Licence Athlé Santé et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
- Dans le cadre d'un renouvellement de Licence, et dans les conditions prévues par le code du sport, le soussigné peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical.

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation :

Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, , en ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant

autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

En ma qualité de ..... (père, mère, représentant légal) de l'enfant autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.

Assurances (*Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L321-6 du Code du Sport*)

La Fédération Française d'Athlétisme propose, par l'intermédiaire de MAIF, assureur :

- aux Clubs : une assurance Responsabilité Civile garantissant la responsabilité du Club et du Licencié au prix de 0,28 euro TTC (inclus dans le coût de la licence). Un Club peut refuser le bénéfice de cette assurance proposée par la fédération, il doit alors fournir une attestation d'assurance prouvant qu'il répond aux obligations de la loi (Article L321-1 du Code du Sport).
- aux Licenciés : une assurance Individuelle Accident de base et Assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'Athlétisme, au prix de : 0.81 euro TTC (inclus dans le coût de la licence).

☐ *J'accepte l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée*

ou

☐ *Je refuse l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée et reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique de l'Athlétisme pouvant porter atteinte à mon intégrité physique*

Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (option 1 et 2) complémentaires (consultables entre autres sur le site www.athle.fr rubrique Assurances)

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.

Droit à l'image : Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

☐ *Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre*

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. A 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.

☐ *Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)*

Date et signature du Licencié :

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

QUESTIONNAIRE SANTE

EVIAN OFF COURSE

Cochez une seule des trois cases.

N° LICENCE :

NOM : PRENOM :

SEXE : HOMME ☐ FEMME ☐ DATE DE NAISSANCE :

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée?

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 réponde OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

☐ 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. 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:

1) Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athle Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier portant la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

2) Un jeune athlète de la catégorie Baby-Athlé possédait une licence Athlé Découverte et va devenir Eveil Athlétique au 1er novembre. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat car au 1er novembre. Le certificat devra porter la mention « pratique de l'athlétisme en compétition ».

Date et signature du Licencié :
(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)