# TARBES PYRÉNÉES ATHLÉTISME
# Saison 2019 - 2020

ATHLETISME . RUNNING . TRAIL . MARCHE NORDIQUE

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION BENJAMINS - MINIMES COMPETITION

U14 (2007-2008) U16 (2005-2006)

**Prix de la licence 80 € + 10€ t-shirt TPA**

**Réduction Familiale dégressive :**

**la 2ème licence est de 75 € et la 3ème licence 70 €**

*Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases*

**Nouvelle adhésion** : ☐ **N° de Licence** (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme) |__|__|__|__|__|__|__|

**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)**

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Numéro de téléphone (portable)** : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Type de Licence choisie** : Licence Athlé Compétition ☐ Licence Athlé Entreprise ☐ Licence Athlé Découverte ☐ Licence Athlé Running ☐ Licence Athlé Santé ☐ 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 de l'Athlétisme en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
- Pour les Licences 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 de l'Athlétisme datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.

**Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs :**

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.

**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 GENERALI, assureur :

- **aux Clubs :** une assurance Responsabilité Civile garantissant la responsabilité du Club et du Licencié au prix de 0,28 € 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 : 0,82 € 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 reconnais avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l'Athlétisme*** ☐

***Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (options 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)*

TARBES PYRENEES Athlétisme

ATHLETISME - RUNNING - TRAIL - MARCHE

## CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans
## PRATIQUE de l'ATHLETISME en COMPETITION

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

**Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN**

Spécialités athlétiques pratiquées :
Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :
Blessures ces deux dernières années :
Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :
Médicaments pris chaque jour :
Antécédents personnels médicaux :
chirurgicaux :
Antécédents familiaux :
Date de la dernière consultation chez le dentiste :
Sommeil de h à h
Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :
Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :
Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ?
Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

**Examen à remplir par le médecin**

Date : Poids : Taille : IMC :
Douleurs et localisations :
TA : Pouls :
Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :
Examen abdominal : Peau :
Examen du rachis : Distance main-sol :
Examen des 4 membres :
Palpation des points d'ossification secondaires : Pied d'appel :
Développement pubertaire (stade de Tanner) :
Acuité visuelle OD : OG :
Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :
Age des premières règles :

**Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au club ----------**

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné (e) Docteur
certifie que l'examen clinique ce jour de
ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION.
Date :
Signature :

Cachet du médecin :