TARBES PYRÉNÉES ATHLÉTISME

Saison 2021 - 2022

ATHLETISME . RUNNING . TRAIL . MARCHE NORDIQUE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION CADETS A MASTERS - MARCHE NORDIQUE

U18 Cadets (2005 - 2006), U20 juniors (2003 - 2004), U23 espoirs (2000 - 2002), séniors (1988 à 1999), masters (1987 et avant)

Prix de la licence 50 € + 10€ t-shirt TPA

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

ANNEXE 4 – MODELE D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :
Spécialités athlétiques pratiquées :
Niveau de performance : départemental régional interrégional national

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? oui non
Précisions (année et type d'opération)

Etes-vous soigné pour :
le cœur ? oui non
la tension artérielle ? oui non
le diabète ? oui non
le cholestérol ? oui non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non
Si oui lesquels ?

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti
une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non
des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non
un malaise ? oui non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non
Date du dernier Electrocardiogramme : Résultat ?
Date de la dernière prise de sang : Résultat ?
Nombre de cigarettes par jour :
Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non
Si oui lesquels ?
Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles ?
Date de la dernière vaccination contre le tétanos :
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou
des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non
Si oui précisez :

Je soussigné (e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus. Date : Signature :

Découper et donner uniquement le certificat médical au club : ----------

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)
Je soussigné (e) Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de ne contre indique pas la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION.

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.

Date : Signature et Cachet :