



Formulaire d'adhésion à l'AS ANZINOISE ATHLETISME

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Nationalité :

Adresse mail (obligatoire) :

Numéro(s) de téléphone :

Adresse postale : N° :

Voie :

Code postal :

Ville :

Droit à l'image :

Le soussigné autorise le club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du club. Cette autorisation est valable pour une durée de 4 ans et pour toute la France.

J'accepte que mon image (ou celle de mon enfant) puisse être utilisée.

Autorisation hospitalisation :

- Je, soussigné, autorise mon hospitalisation (ou celle de mon enfant) en cas de nécessité médicale.

Personne à contacter en cas d'urgence (Nom, prénom, N° de Téléphone) :

Mode de paiement :

Espèce

Chèque (ordre : AS Anzinoise Athlétisme)

Virement bancaire

RIB : FR76 1027 8027 4000 0463 3214 017 – Motif du virement : « licence nom+prénom du licencié »



Tarifs

Catégorie	Années de naissance	Cotisation
Eveil athlétique	2017-2019	60€
Poussins (es)	2015-2016	60€
Benjamins (es)	2013-2014	70€
Minimes	2011-2012	70€
Cadet (tes)	2009-2010	90€
Juniors	2007-2008	100€
Espoirs	2004-2006	100€
Seniors	1992-2003	100€
Masters	1991 et avant	100€

Questionnaire santé : répondre par oui ou par non à chaque question.

- 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)?*
- 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.*

En cas de réponse positive à l'une des questions merci de fournir un certificat médical de **non contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.**

Loi informatique et liberté :

Le soussigné est informé du fait que ses données personnelles seront collectées par le club et la FFA. Ces données pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de rectification sur les données le concernant, ainsi que son droit de s'opposer au traitement et/ou publication de ses données pour des motifs légitimes [pour cela il suffit d'adresser un mail à cil@athle.fr].

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements, de la FFA, de l'IAAF et de l'AS ANZINOISE ATHLETISME.

Pièce supplémentaire à joindre : Photocopie d'une pièce d'identité

Date et signature du licencié :