



# Formulaire d'adhésion à l'AS ANZINOISE ATHLETISME - Mineurs

**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 :** \_\_\_\_\_

## Transport :

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, en ma qualité de \_\_\_\_\_ (père, mère, représentant légal) de l'enfant licencié, l'autorise à prendre un véhicule motorisé pour les déplacements.

## Repartir après l'entraînement :

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, en ma qualité de \_\_\_\_\_ (père, mère, représentant légal) de l'enfant licencié, l'autorise à repartir seul après l'entraînement.

## Prélèvement sanguin :

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

## 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 l'image de mon enfant puisse être utilisée.

## Autorisation hospitalisation :

- Je, soussigné, \_\_\_\_\_ autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.

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

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

Catégorie	Années de naissance	Cotisation
Eveil athlétique	2016-2018	60€
Poussins (es)	2014-2015	60€
Benjamins (es)	2012-2013	70€
Minimes	2010-2011	70€
Cadet (tes)	2008-2009	90€
Juniors	2006-2007	100€
Espoirs	2003-2005	100€
Seniors	1991-2002	100€
Masters	1990 et avant	100€

**Licence loisir** (à partir de la catégorie cadet) : 60€

### Questionnaire santé :

- 1- *Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?*
- 2- *As-tu été opéré (e) ? As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?*
- 3- *As-tu beaucoup maigri ou grossi ? As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?*
- 4- *As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?*
- 5- *As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?*
- 6- *As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?*
- 7- *As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?*
- 8- *As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?*
- 9- *As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?*
- 10- *As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?  
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)*
- 11- *Te sens-tu très fatigué (e) ?*
- 12- *As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?*
- 13- *Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?*
- 14- *Te sens-tu triste ou inquiet ?*
- 15- *Pleures-tu plus souvent ?*
- 16- *Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?*
- 17- *Aujourd'hui Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?*
- 18- *Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?*
- 19- *Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?*  
*Questions à faire remplir par tes parents*
- 20- *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 ?*
- 21- *Etes-vous inquiet pour son poids ?*
- 22- *Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?*
- 23- *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 13ans et entre 15 et 16 ans.)*

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du responsable légal du licencié.

- Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un certificat médical.
- Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et **je devrai présenter 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](mailto: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 (père, mère, représentant légal) :***