



# CERCLE JULES FERRY ATHLETISME

22 Avenue de Marville - 35400 SAINT-MALO

Tel : 02.23.18.00.79 - 06.58.05.84.37

Mail : ssbe.cjfstmal@gmail.com - Site : http://www.cjfatletisme-saintmalo.com



## SAISON 2024-2025 - BABY - EVEILS - POUSSINS

### DOSSIER D'INSCRIPTION et / ou de REINSCRIPTION

#### SAINT-MALO (stade de Marville)

Eveils Athlétiques : Mercredi 15h à 16h et/ou Vendredi 17h à 18h30

Poussins : Mercredi 16h15 à 17h30 et/ou Vendredi 17h à 18h30

#### DINARD (Cosec)

Poussins :

Lundi 17h30 à 19h00

#### UFS (Saint-Malo)

Baby Athlétique :

Mercredi 13h45-14h30

Inscription  Mutation  Réadhésion: n°licence : .....

#### CADRE RESERVE A L'ORGANISATEUR

#### ETAT CIVIL :

Nom : .....

Prénom : .....

Né (e) le : ..... / ..... / ..... à : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Mail mère : .....@.....

Mail père : .....@.....

Tel mère : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Tel père : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Tel Fixe ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Profession mère : .....

Profession père : .....

Etablissement scolaire fréquenté : .....

Catégorie : .....

Certificat médical : ..... / ..... / .....

Numéro de licence : .....

#### Paiement :

Espèces :  Chèque ANCV :

Chèque(s) :

Numéro de chèque / Banque / Date

1. ....

2. ....

3. ....

**TOUTES LES LIGNES SONT OBLIGATOIRE**

#### AUTORISATIONS

1. J'accepte que : Le responsable autorise en mon nom, une intervention médicale et/ou chirurgicale en cas de besoin :

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

2. J'accepte que : Le responsable transporte mon enfant dans son véhicule, en cas de nécessité liée à l'activité (entraînement délocalisé ou compétition...)

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

3. Je viendrai déposer et rechercher mon enfant à la salle, ou j'autorise mon enfant à venir et à quitter la salle seul(e):

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

#### CERTIFICAT MEDICAL (articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du sport)

Date du Certificat médical : ..... / ..... / ..... (jj/mm/aaaa)

Mention obligatoire "Absence de contre indication à la pratique de l'athlétisme en compétition" datant de moins de six mois à la prise de la licence.

#### TARIFS

« Comprends le coût de la licence 59,10€, obligatoire pour une adhésion au sein d'un club affilié à la Fédération Française d'Athlétisme »



#### Tee-shirt du club

Baby Athlétiques (2019-2020)  175 € = .....€

Eveil Athlétiques (2016-2017-2018)  175 €  Tee-Shirt 25 € = .....€

Poussins (2014-2015)  175 €  Tee-Shirt 25 € = .....€

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCEPTE. FOURNIR : CERTIFICAT MEDICAL, REGLEMENT, ET CE DOCUMENT**

Dossier réceptionné le :

Réceptionné par :

# FORMULAIRE DE NOUVELLE ADHESION ET DE RE ADHESION

## CJF SAINT-MALO

# ATHLÉ

FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ATHLÉTISME

Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

**Licence N° :**

<b>NOM:</b> _____	<b>Nom de naissance</b> _____	
<b>Prénom:</b> _____	<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Date de naissance :</b> ____/____/____
<b>Lieu de naissance:</b> _____	<b>Pays de naissance:</b> _____	<b>Nationalité :</b> _____

*(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 :**

<input type="checkbox"/> Licence Athlé Compétition	<input type="checkbox"/> Licence Athlé Santé	<input type="checkbox"/> Licence Athlé Running
<input type="checkbox"/> Licence Athlé Découverte	<input type="checkbox"/> Licence Athlé Entreprise	<input type="checkbox"/> 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 ou de l'athlétisme 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 s'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](http://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](mailto: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 RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données. **Nom:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_ **Date de naissance:** \_\_\_\_\_

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
Tu es :    une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ___ ans
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Le sportif mineur devra fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler sa licence. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir pour votre enfant mineur. Simplement attestez, en remplissant ce questionnaire sur son espace personnel en ligne ou en retournant une version papier au Club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_