



CERCLE JULES FERRY ATHLETISME

22 Avenue de Marville - 35400 SAINT-MALO

Tel : 02.23.18.00.79 - 06.23.65.47.94

Mail : cjf.athle.stmalo35@gmail.com - Site : http://www.cjfathletisme-saintmalo.com



Saison 2024-2025 Accompagnement Running

HORAIRES DES ENTRAINEMENTS

A SAINT-MALO (Stade/Salle de Marville) :
- Mercredi de 18h00 à 20h00

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 athlète : / / / / Tel Fixe : / / / /

Profession mère :

Profession père :

Etablissement scolaire fréquenté :

Catégorie :

Certificat médical : / /

Numéro de licence :

Païement :

Espèces : Chèque ANCV :

Chèque(s) :

1.

2.

3.

AUTORISATIONS ET INFORMATIONS

J'accepte que, les responsables du club autorisent en mon nom, une intervention médicale/chirurgicale en cas de besoin:

Date et signature:

J'accepte que, les responsables du club transportent mon enfant dans leur véhicule, en cas de nécessité liée a l'activité (compétition...)

Date et signature:

CERTIFICAT MEDICAL - 6 MOIS: Mention obligatoire " absence de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition"

TARIFS

« Comprends le cout de la licence (57,10€), obligatoire pour une adhesion au sein d'un club affilié a la Federation Française d'Athlétisme »



Maillot obligatoire pour participer aux compétitions (25€)

Accompagnement running 135 € Maillot 25€ Total =€

Soutien ton club : <https://www.soutienstonclub.fr/events/ds7gazzf>

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS ACCPTE, A FOURNIR: CERTIFICAT MEDICAL, REGLEMENT ET CE DOCUMENT

Dossier réceptionné le:

Nom de la personne ayant réceptionné le dossier:

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° :

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

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 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 : ci@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)