

L I C E N C E D E C O U V E R T E

Le prix annoncé ne tient pas compte de la réduction « Famille Nombreuse » qui sera calculée par les dirigeants.

Le prix se décompose de la façon suivante = Part FFA + Cotisation Club.

Les droits de mutation ne sont pas pris en charge par l'ESMP Athlétisme.

| Athlé-Découverte | Créneau(x) | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Baby Athlé (2015 à 2017) - 95 € | → Samedi de 11h15 à 12h00 | | |
| <input type="checkbox"/> Éveil Athlé (2012 à 2014)* - 120 € | <input type="checkbox"/> Mardi : 17h30-19h | <input type="checkbox"/> Samedi : 9h30-11h | |
| <input type="checkbox"/> Poussin (2010 à 2011)** - 120 € | <input type="checkbox"/> Mardi : 17h30-19h* | <input type="checkbox"/> Mercredi : 16h30-18h | <input type="checkbox"/> Samedi : 9h30-11h |

* cocher 1 créneau pour l'Éveil Athlé - ** cocher un ou deux créneaux pour les Poussins

* Créneau ouvert aux Poussins en fonction des places disponibles

- J'autorise :
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non |
| - Une tierce personne à venir chercher l'athlète mineur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Si oui, préciser son identité | | |
| - l'ESMP A à transporter l'athlète au cas où je ne serais pas en mesure de l'assurer moi-même | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de *père, mère, représentant légal*⁽¹⁾, de

Autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage.

J'autorise également son hospitalisation en cas de nécessité médicale.

À le / / Signature du représentant légal

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles

P I E C E S A F O U R N I R

Pour les nouveaux adhérents :

- Certificat médical, rempli par votre médecin, attestant l'absence de contre-indication à la pratique **du sport ou de l'athlétisme en compétition** datant de moins de six mois.
- Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille.

Pour les licenciés en 2019-2020 :

- Soit le Questionnaire de Santé "Q-Sport" ci-joint dûment complété et signé (le questionnaire doit être également complété sur internet grâce au lien reçu par mail de l'expéditeur : e-licence@athle.fr)
- Soit un Certificat médical, rempli par votre médecin, attestant l'absence de contre-indication à la pratique **du sport ou de l'athlétisme en compétition** datant de moins de 6 mois.
- Pour les licenciés Baby athlé passant dans la catégorie Éveil-Athlé, un certificat médical rempli par votre médecin attestant l'absence de contre-indication à la pratique **du sport ou de l'athlétisme en compétition**.

Pour toutes les demandes :

- Photocopie de la carte de séjour, ou de celle des parents pour les mineurs, pour les athlètes de nationalité étrangère.
- Une attestation d'assurance en cas de renoncement à l'assurance FFA.
- 1 chèque de règlement de l'adhésion à l'ordre de : ESMP ATHLÉTISME

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ



CERTIFICAT MEDICAL

A imprimer obligatoirement et faire remplir par le médecin.
Certificat médical à privilégier.

Je soussigné(e) Docteur

Certifie après l'avoir examiné(e) que

Ne présente ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du sport ou de l'athlétisme en compétition. (Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L321-6 du Code du Sport)

Le

Signature et Cachet

QUESTIONNAIRE DE SANTE

« QS-SPORT »

Uniquement pour les renouvellements de licence

Ce questionnaire permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.
En cas de réponse positive à l'une des questions, vous devrez fournir un nouveau certificat médical.

Durant les 12 derniers mois :

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

À ce jour :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite...) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Votre pratique sportive est-elle interrompue pour raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e)

N° de licence 2019-2020 :

Certifie avoir répondu négativement à toutes les interrogations du Questionnaire de santé "QS-Sport" pour le renouvellement de ma licence.

Le

Signature