# DOSSIER CLUB

**Seuls les dossiers complets (règlement et pièces du dossier) seront traités, dans l'ordre de leur réception.** L'inscription en ligne ne suffit pas, et tant que le dossier papier n'est pas reçu complet, la place ne peut pas être réservée. L'association se réserve le droit de refuser une inscription.

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Groupe demandé en vœu 1 :**

**Groupe demandé en vœu 2 :**

## Cochez les pièces jointes au dossier :

| **PIECES** | Groupes | | |
|---|---|---|---|
| Documents à remettre ou à téléverser sur assoconnect | Forme | Compétition Natation | Compétition Triathlon |
| Règlement de la cotisation | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fiche d'autorisations pour les mineurs(Page 2 dossier 'inscription) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fiche d'autorisation parentale de contrôles anti-dopage sanguinspour les compétiteurs mineurs licenciés FFN (Page 3 dossier d'inscription) | ☐ | ☐ | (+Fiche tri fournie en septembre/octobre) |
| **Pour les nouveaux adhérents majeurs OCC Natation -Triathlon** : Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la natation sportive et/ou Triathlon (en compétition pour les groupes compétition) demoins de 3 mois **à remettre à l'inscription à partir de juin** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **NOUVEAU : Pour les mineurs, les nouveaux adhérents et les anciens adhérents ayant un certificat de plus de 3 ans** : Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et une attestation sur l'honneur du représentant légal à remplir **(page 8 et 9)** | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Pour les adhérents OCC Natation-Triathlon en 2021-2022 :** Attestation de réponse négative au questionnaire de santé signée(Si date certif. médical inf. à 3 ans) (page 6 du dossier) **(page 6 et 7)** | ☐ | ☐ | ☐ |

**Pour les nageurs compétition** : si vous souhaitez participer à des courses à pied (par exemple à Tout Rennes Court…), ou participer ponctuellement à des triathlons (comme de triathlon Visual de Cesson), demandez d'ajouter à votre certificat médical la mention « pratique de la course à pied en compétition » et/ou « pratique du triathlon en compétition » car un certificat pour la natation ne permet pas de s'inscrire à ces épreuves.

**Pour les triathlètes** : la procédure sera complétée courant octobre par la prise de licence fédérale Triathlon. Vous serez recontactés à ce sujet par le Secrétariat de la section Triathlon car certaines pièces (autorisation de contrôle anti-dopage FFTri) et certaines actions de votre part seront requises à ce moment.

**(*)Pour les mineurs il n'est pas obligatoire de fournir un certificat médical pour obtenir une licence sportive. Un questionnaire et une attestation sur l'honneur peuvent suffire. Cependant nous conseillons de faire un suivi de votre enfant auprès de votre médecin. La Natation et le Triathlon sont des sports exigeants.**

# ATTESTATION POUR TOUS LES MINEURS :

Je soussigné, (Nom / prénom)_____

Autorise mon fils, ma fille _____

À participer aux activités et compétitions dans le cadre de l'OCC Natation-Triathlon.

J'autorise l'OCC Natation-Triathlon à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problèmes médicaux.

J'autorise la diffusion sur le site web de l'OCC Natation-Triathlon (www.occnatation.fr ) ou dans des articles de presse, des photos prises lors des activités du club.

Je m'engage à prévenir l'OCC Natation-Triathlon de la non-participation à une compétition de mon enfant, au moins 2 semaines avant la date du début de la compétition. A défaut, les frais d'engagements seront facturés à l'adhérent. Si raison médicale, joindre un certificat médical avant la fin de la compétition. Le refus de paiement entrainera la suspension de la participation de l'adhérent à toute nouvellecompétition.

J'ai bien pris connaissance des engagements, et des modalités de paiement.

Fait à :_____

Date / signature des parents : _ _ _

# AUTORISATION PARENTALE - ANTIDOPAGE

**FEDERATION FRANCAISE DE NATATION**

**Tour Essor 93 - 14, Rue Scandicci**
**93500 PANTIN CEDEX**

**tél : 01.41.83.87.70 – Fax : 01.41.83.87.69**
**e-mail : www.ffnatation.fr**

## AUTORISATION PARENTALE
## POUR LES CONTRÔLES ANTIDOPAGE SANGUINS

*CODE DU SPORT - Article R232-52 – Entrée en vigueur le 16 Janvier 2011*

**Obligation pour l'athlète contrôlé de devoir justifier de son identité :**

***Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé***, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ***ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite*** de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence.
***L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.***

**POUR L'ANNEE 2022/2023 :**

**JE SOUSSIGNE(E), LE RESPONSABLE LEGAL, MR/MME :**

NOM – PRENOM : .....
ADRESSE COMPLETE ..... .....
..... .....
CODE POSTAL : ..... ..... VILLE : .....

TEL DOMICILE :..... TEL PORTABLE :.....
TEL PROFESSIONNEL :..... TEL AUTRE:.....

**AUTORISE L'ENFANT :**

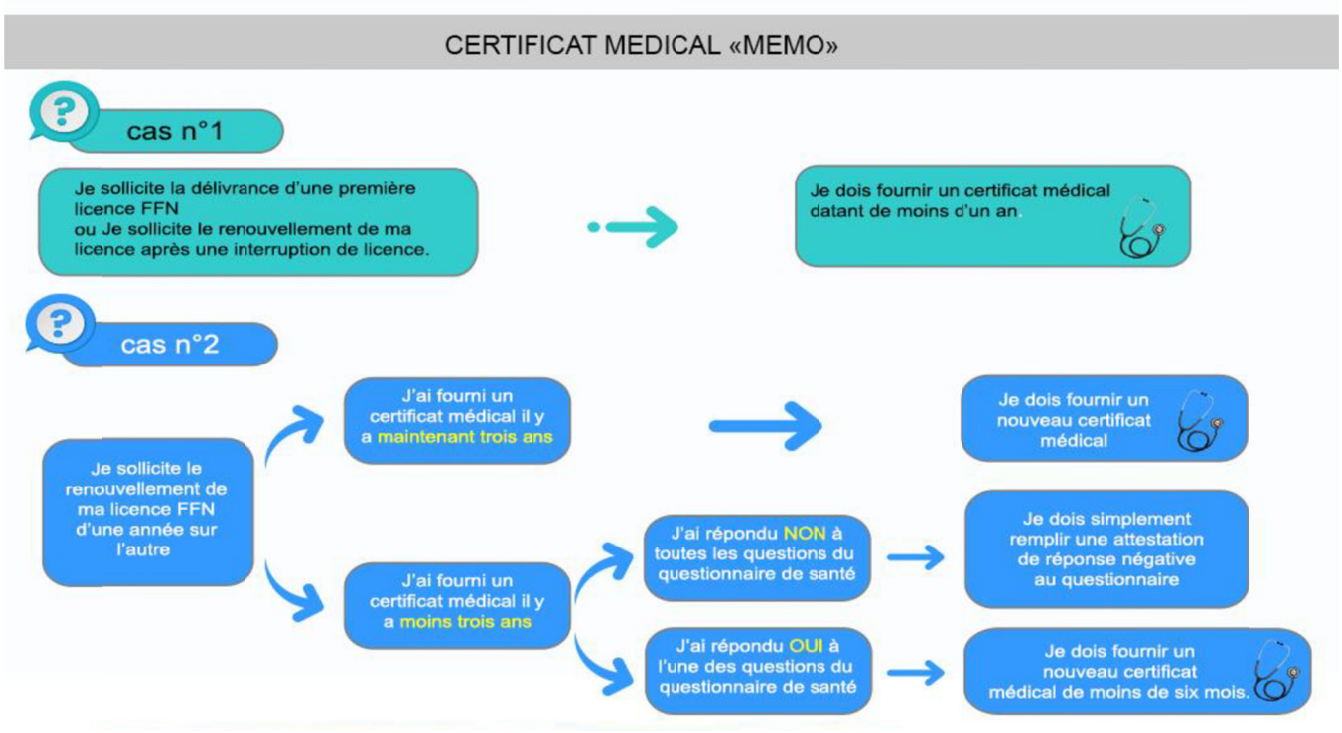
NOM – PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE :.....
NOM DU CLUB : Olympique Club Cesson-Sévigné Natation-Triathlon
N° DE LICENCE (rempli par le club) :..... DISCIPLINE **Natation**.....

**A subir des contrôles antidopage dans le cadre de son activité sportive de licencié(e) de la Fédération Française de Natation.**

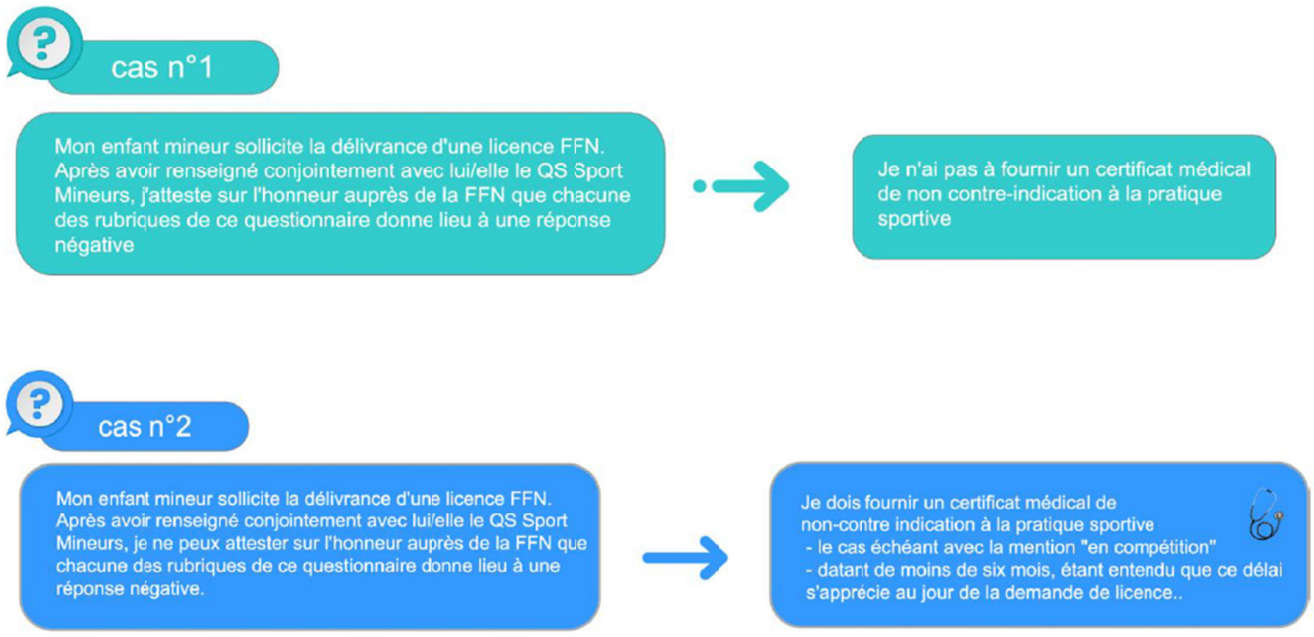
**Fait à** **, le** **Signature :**

# CERTIFICAT MEDICAL : EXPLICATIONS

**CAS A :** Certificat médical ou questionnaire de santé pour les Majeurs et Mineurs ayant déjà un certificat inférieur à 3 ans / Renouvellement ?




**CAS 2 :** Absence de certificat médical pour un **mineur** => questionnaire de santé pour un mineur + Attestation sur l'honneur d'un parent (à compléter par l'enfant accompagné par un parent).



# CERTIFICAT MEDICAL : RENOUVELLEMENT MAJEUR-MINEUR

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

N°15699*01

**Renouvellement de licence d'une fédération sportive dans le cas d'un certificat inférieur à 3 ans**

**Questionnaire de santé « QS – SPORT »**

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* | OUI | NON |
|---|---|---|
| **Durant les 12 derniers mois** | | |
| 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) ? | ☐ | ☐ |
| **A ce jour** | | |
| 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 ? | ☐ | ☐ |
| **NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.* | | |

| **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :** |
|---|
| Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence. |

| **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :** |
|---|
| Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné. |

# ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE CERFA 15699

## Attestation de réponse négative au questionnaire de santé 2022-2023

J'atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé en vue de ma ré-adhésion à l'OCC natation-triathlon

**Nom et Prénom** de l'adhérent concerné :

Date de naissance :

Si l'adhérent-e est mineur-e, nom et prénom de la (ou les) personne(s) légale(s) représentant l'adhérent :

Date : Signature :

# QUESTIONNAIRE POUR LES MINEURS

**QUESTIONNAIRE POUR LES MINEURS N'AYANT PAS DE CERTIFICAT MEDICAL EN VUE D'UNE ADHESION OU RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

« ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) »

« **QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES**

***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.***

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 ☐ un garçon ☐ Ton âge : ans

| **Depuis l'année dernière** | OUI | NON |
|---|---|---|
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | ☐ | ☐ |
| As-tu été opéré(e) ? | ☐ | ☐ |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | ☐ | ☐ |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | ☐ | ☐ |
| As- tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | ☐ | ☐ |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ? | ☐ | ☐ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ? | ☐ | ☐ |

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 ☐ un garçon ☐ Ton âge : ☐☐ ans

| **Depuis l'année dernière** | OUI | NON |
|---|---|---|
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | ☐ | ☐ |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | ☐ | ☐ |
| 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)** | | |
| Te sens-tu très fatigué(e) ? | ☐ | ☐ |

| | | |
|---|---|---|
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | ☐ | ☐ |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | ☐ | ☐ |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | ☐ | ☐ |
| Pleures-tu plus souvent ? | ☐ | ☐ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | ☐ | ☐ |
| **Aujourd'hui** | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | ☐ | ☐ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | ☐ | ☐ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | ☐ | ☐ |
| **Questions à faire remplir par tes parents** | | |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-ildécédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | ☐ | ☐ |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | ☐ | ☐ |
| 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.) | ☐ | ☐ |

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de lavisite, donne-lui ce questionnaire rempli.

## Attestation de réponse négative au questionnaire de santé 2022-2023 (Mineurs)

J'atteste avoir répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé en vue de mon adhésion (ré-adhésion) à l'OCC natation-triathlon

**Nom et Prénom** de l'adhérent concerné :

Date de naissance :

Nom et prénom de la (ou les) personne(s) légale(s) représentantl'adhérent :

Date : Signature :

# ADRESSES

Adresses postales pour l'envoi des dossiers complets, vous pouvez aussi le compléter et le scanner puis le téléverser en ligne

Cesson-Sévigné :

**OCC NATATION TRIATHLON**
**43 Bd Dezerseul**
**35510 Cesson-Sevigné**

Chateaugiron :

**Petit Jean-Marc - OCC NATATION TRIATHLON**
**8,rue Saint-Médard**
**35410 Châteaugiron**