

ASSOCIATION SPORTIVE DE CORBEIL-ESSONNES

Siège Social : 15 rue Rémoiville 91100 Corbeil Essonnes Port. 06 09 17 09 40 Email : asce.athle@gmail.com

Cadre réservé à l'administration

Cotisation : *cheque* *espèces*
autres *ancv*

Certificat médical
Date du certificat: _____

Questionnaire Santé
Autorisation parentale
Copie identité
Vérification
Nom _____ adresse complète : _____
nationalité _____



Cadre réservé à l'administration

1^{ère} inscription FFA :
Renouvellement licence
Mutation
N° licence FFA et catégorie _____

Loisir Compet.
Eveil Athlé Dir- enc.

FICHE D'INSCRIPTION 2023 / 2024

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____	Sexe : _____	Nationalité _____	Coller une photographie (récente)
Activité professionnelle : _____	n° carte identité _____		

Pour les enfants mineurs uniquement si le nom est différent de celui des parents

Nom, Prénom (père) : _____ Nationalité : _____

Nom, Prénom (mère) : _____ Nationalité : _____

Adresse : (chez Monsieur ou Madame)

N°: _____ Rue: _____ Apart: _____ Escalier _____

Ville: _____ Code Postal: _____

N° de téléphone impératif (Pour urgence et vous communiquer des informations de dernières minutes : horaires courses, lieu de rendez-vous, etc....)

Domicile : _____ Portable : _____ Bureau : _____

Adresse e-mail _____
Obligatoire

Si vous étiez (ou avez déjà été) licencié FFA, indiquez les années et les clubs et numéro de licence

Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle. Ces informations sont destinées à la Fédération Française d'Athlétisme et 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)

Je soussigné Madame, Monsieur, _____ (parent ou tuteur légal pour les mineurs) déclare exactes les informations fournies ci-dessus. Mon adhésion comme licencié de la fédération française d'athlétisme m'engage à participer à la vie du club et à porter le maillot ASCE athlétisme lors des compétitions et manifestations dans lesquelles je représente celui ci.

Droit à l'image : j'autorise le club à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles je pourrais apparaître lors des entraînements et manifestations sportives ou festives du club d'athlétisme

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter ainsi que les décisions prises par le comité directeur du club.

Fait à _____ le _____

Signature



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) Madame, Monsieur,
Agissant en tant que mère, père, tuteur légal (*ayer la mention inutile*), de l'enfant mineur

Nom : Prénom : ne(e) le.....

1) J'autorise mon enfant à pratiquer les différentes activités liées à l'athlétisme dans le cadre des entraînements, des compétitions, des stages, de toutes manifestations et événements organisés par l'ASCE Athlétisme et la Fédération Française d'Athlétisme (FFA).

2) J'autorise la direction de l'ASCE Athlétisme (ou son représentant) ou l'entraîneur responsable à prendre toute décision concernant la sécurité ou la santé de mon enfant, ainsi que toutes les mesures d'urgence qui pourraient survenir pendant les entraînements.

3) Droit à l'image : j'autorise le club à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles moi ou mon enfant pourrait apparaître lors des entraînements et manifestations sportives ou festives du club d'athlétisme

4) **UNIQUEMENT pour les ENFANTS DE PLUS DE 12 ANS** (Benjamins, Minimes et Cadets)

J'autorise mon enfant à quitter seul (non accompagné) l'enceinte du stade après les séances d'entraînement. En dehors du stade l'enfant est sous ma seule responsabilité.

Nom : Prénom :ne(e) le.....

5) **POUR TOUS** :

le certificat médical d'aptitude à la pratique de l'athlétisme en compétition est obligatoire.
Indiquez nous à titre d'information les Antécédents médicaux graves ou traitement en cours

6) **PRELEVEMENT SANGUIN POUR LES ATHLETES MINEURS** :

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

Fait àle

Signature

ASSOCIATION SPORTIVE DE CORBEIL-ESSONNES

Siège Social : 15 rue Rémoiville 91100 Corbeil Essonnes Port. 06 09 17 09 40 Email : asce.athle@gmail.com



Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

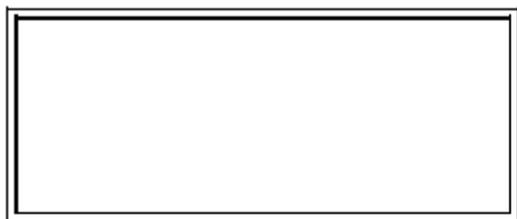
Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une déclaration d'usage ou une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____



Cachet du Médecin et Signature du médecin

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent une Carte d'adhérent, à l'exclusion des Non-pratiquants (licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- o un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;
- o un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme pour la licence Athlé Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.