**BULLETIN D’ADHESION BONNINGUES LES CALAIS ATHLETISME**

 **SAISON 2023/2024**

**HORAIRES D’ENTRAINEMENT à Bonningues-lès-Calais :**

* **Le mardi de 18H15 à 19H15** pour les enfants du groupe 1 **(2017 à 2013)**
* **Le mardi de 18H15 à 19H45** pour les enfants du groupe 2 **(2012 à 2002)**

**Le samedi à la salle de Bonningues-lès-Calais :**

* **De 14H30 à 16H00** pour les enfants **du groupe 2**

**TARIF DES LICENCES**

* **80€** : pour les enfants nés en 2013 et après (éveil athlétique et poussins)
* **90€**: pour les enfants nés en 2012 et avant (benjamins, minimes, cadets et juniors)
* Si vous avez 2 enfants licenciés : 10€ de réduction sur le prix total des licences
* Si vous avez 3 enfants licenciés : 25€ de réduction sur le prix total des licences.
* Si vous avez 4 enfants licenciés : 50€ de réduction sur le prix total des licences

**PIECES A FOURNIR :**

* Formulaire d’adhésion rempli avec une adresse mail **VALIDE et LISIBLE**
* Certificat médical ci-joint complété et signé par votre médecin \*
* Photocopie d’une pièce d’identité de l’enfant (carte d’identité, livret de famille ou passeport)
* Chèque du montant de la cotisation **à l’ordre du BLCA.** Possibilité de régler en 2 ou 3 fois

**\* Le certificat médical est valable 3 ans, il n’est donc pas nécessaire pour un renouvellement de licence.**

**Il reste néanmoins obligatoire pour les nouveaux arrivants.**

**SITES A CONSULTER :**

* Comité départemental d’athlétisme du Pas de Calais : http://cd62.athle.org/
* Ligue régionale Nord Pas de Calais : lhdfa.athle.fr

**ATTENTION** : En adhérant au club, votre enfant s’engage (s’il est né en 2009 et avant) à participer à une compétition hivernale (cross et/ou championnat en salle) et à une compétition estivale.

**IMPORTANT :**

* **LES ENTRAINEMENTS DEBUTERONT LE 12 SEPTEMBRE 2023 A 18H15**

**BULLETIN D’ADHESION BONNINGUES LES CALAIS ATHLETISME**

**SAISON 2023/2024**

**LICENCE N°: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**NOM : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Date de naissance: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_/ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**Adresse complète: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

 **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Code postal : \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ VILLE : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Adresse Email (obligatoire) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**N° de téléphone portable : \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_**

**N° de téléphone fixe : \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_**

**Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs :**

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 sanguin.

**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 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@athlé.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)**

 **CERTIFICAT MEDICAL**

 **Pris en application des articles L.231-2 et L.231-2-2 du Code du Sport**

Je soussigné, Docteur : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Demeurant à : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Certifie avoir examiné ce jour Mr/ Mme/ Mlle : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

Demeurant à : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Et n’avoir pas constaté, à ce jour, de contre6indication à la pratique de l’Athlétisme en Compétition

Je l’informe de l’intérêt de déposer auprès de l’Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) 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 et signature du médecin