

U.S.DAX ATHLETISME
LICENCE RUNNING à partir de la catégorie CADET -U18
Saison 2021-2022
Nouvel adhérent

ENTRAINEMENTS ET CATEGORIES D'AGES

U18-cadet (2004 - 2006) / U20- Junior (2004 – 2003)
U23-espoir (2000– 2002) / Seniors (1988-1999) / Master (1987 et avant)

Running : au stade Colette Besson

Débutant : mardi 18h30 à 20h30

Running : Mercredi et vendredi :18h15-20h30

Des sorties seront organisées le weekend

Entraîneurs (FFA) :

Running (loisir) :

Courses sur route :

Denis Giraud

Nadine Cohade

Course nature /montagne :

Philippe Pedelucq

DOSSIER D'INSCRIPTION (À remettre dans les meilleurs délais)

PIECES A FOURNIR

- La fiche de renseignement ci-jointe
- Certificat médical ci-joint
- Photocopie d'une pièce d'identité
- photo identité

LICENCE ET TARIF

Licence running :65€

Cette licence permet de faire uniquement les courses hors stade hors championnat

Elle inclut :

L'assurance de la FFA sont intégrées dans le prix des licences

Un tee-shirt technique

Réduction :

- Famille avec 2 inscrits 10 € de réduction sur le total des 2
- Famille avec 3 inscrits 15 € de réduction sur le total des 3

Facilité de paiement :

En 2 fois ou à convenir avec la secrétaire.

Les 2 chèques datés à la date de l'inscription, le second chèque sera encaissé le 2 Janvier 2022

Moyen de paiement :

- Chèque (à l'ordre de l'US DAX athlétisme)
- Espèce

Licence dématérialisée :

Chaque licencié reçoit sa licence par voie électronique (Obligation d'un mail).

A la suite de la saisie de la licence par le club, le licencié recevra un mail de la FFA l'invitant à prendre connaissance des informations saisies ultérieurement.

Tant que ces informations ne sont pas renseignées par le licencié, sa licence ne pourra pas être valablement délivrée.

MUTATION

Lors d'une demande de mutation (changement de club), merci de prévenir le club le plus rapidement possible afin de lancer la procédure.

CONTACTS

Facebook : u.s.dax – section athlétisme

Président

PATRICK SCHOONJANS :

06 32 00 92 84

Email : usdaxathletisme@orange.fr

Secrétariat

CELINE BOUET :

06 79 08 44 60

Email : usdaxathletismesecretariat@orange.fr

Entraîneurs

DENIS GIRAUD

06.40.98.93.26

PHILIPPE PEDELUCQ

06.25.65.27.58

NADINE COHADE

06.89.20.95.78

FORMULAIRE DE NOUVELLE ADHESION

US DAX



Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

Licence N° :

NOM: _____ Nom de naissance _____
 Prénom: _____ Sexe : F 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 : _____

Email (obligatoire) _____

Si mineur, Email du représentant légal _____

N° de téléphone (portable) : _____ N° de téléphone (fixe) : _____

Type de Licence choisie : Licence Athlé Compétition Licence Athlé Santé Licence Athlé Running
 Licence Athlé Découverte Licence Athlé Entreprise 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 et Athlé Running le soussigné majeur 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 les Licences Athlé Santé, le soussigné majeur 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.
 - Pour la prise d'une 1ère licence ou le renouvellement de la licence d'un mineur, le titulaire de l'autorité parental peut attester avoir rempli , avec son enfant, le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et voir son enfant dispenser, dans les conditions prévues par le Code du Sport, de présenter un 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 0,26 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 les exposer la pratique de l'Athlétisme. au prix de : 0.7 euro TTC (inclus dans le coût de la licence).

J'accepte l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée
 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

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)

ANNEXE 4 – MODELES D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non

Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non

Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? oui non

Précisions (année et type d'opération)

Êtes-vous soigné pour :

le cœur ? oui non

la tension artérielle ? oui non

le diabète ? oui non

le cholestérol ? oui non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non

Si oui lesquels ?

À l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti

une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non

des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non

un malaise ? oui non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non

Date du dernier Électrocardiogramme : Résultat ?

Date de la dernière prise de sang : Résultat ?

Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non

Si oui lesquels ?

Avez-vous des allergies ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non

Si oui précisez :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés
ci-dessus. Date : Signature :

Découper et donner uniquement le certificat médical au Club : -----

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de
confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou 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.

Date : Signature et Cachet :