

U.S.DAX ATHLETISME

LICENCE RUNNING à partir de la catégorie CADET -U18

Saison 2022-2023

Renouvellement de licence

ENTRAINEMENTS ET CATEGORIES D'AGES

**U18-Cadet (2007 - 2006) / U20-Junior (2005– 2004) /U23
Espoir (2001-2002-2003) / Seniors (2000-1989) Master (1988 et avant)**

Running : au stade Colette Besson

Débutant : mardi 18h30 à 20h30

Running : Mercredi et vendredi :à partir de 18h15

Des sorties seront organisées le weekend

Entraîneurs (FFA) :

Courses sur route :

Denis Giraud

Nadine Cohade

Trail-montagne -ultra :

Philippe Pedeluq

Lionnel Ventura

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

PIECES A FOURNIR

- La fiche de renseignement ci-jointe
(Corrigée si erreur ou modification)
- Certificat médical datant de moins de 6 mois ou questionnaire de santé dûment complété

LICENCE ET TARIF

Licence running :75€

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

Elle inclut :

L'assurance de la FFA et 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 2023

Moyen de paiement :

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

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.

MAILLOT DU CLUB

Possibilité d'achat club

PRIX de VENTE

25 €

CONTACTS

Facebook : U.S.DAX – section athlétisme

Président

PATRICK SCHOONJANS :

06 32 00 92 84

Email : athletisme@usdaxomnisports.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

LIONNEL VENTURA

06.13.23.63.70

QUESTIONNAIRE SANTE

US DAX



Cochez une seule des trois cases.

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

SEXE : HOMME FEMME

DATE DE NAISSANCE :

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS:

- 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée?
- 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?
- 10) Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.

NB: Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

- Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau
- Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical
- Je refuse de répondre à ces questions, et je devrai présenter un nouveau certificat médical

«**Si vous avez répondu NON à toutes les questions** : «Pas de certificat médical à fournir, sous certaines conditions . Simplement atteste, 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, ou si vous refusez de répondre** : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Dans certaines situations particulières il n'est pas non plus possible d'utiliser l'ancien certificat médical et un nouveau certificat médical datant de moins de 6 mois devra être fourni:

Vous demandez une licence de type Athlé Compétition ou Athlé Running ou Athlé Entreprise et vous aviez la saison dernière une licence Athle Santé. Il n'est pas possible d'utiliser l'ancien certificat médical car ces types de licences exigent un certificat particulier

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 :