

**U.S.DAX ATHLETISME**  
**LICENCE DECOUVERTE-ECOLE ATHLETISME**  
**Saison 2023-2024**  
**Nouvel adhérent**

**ENTRAINEMENTS ET CATEGORIES D'AGES**

**U10-Eveil athlétique (2017-2016-2015) et U12-Poussin (2014-2013)**  
Horaire : jeudi de 17h30 à 19h00

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

**PIECES A FOURNIR**

- Les fiches de renseignement ci-jointes
- questionnaire médical et si besoin certificat médical
- Photocopie de la carte d'identité ou du livret de famille
- Photo identité

**LICENCE ET TARIFS**

**Ecole d'athlétisme 105€**

*Les assurances de la FFA sont intégrées dans le prix des licences*

**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 2024

**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 .

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.

## **REGLEMENT INTERIEUR 2023-2024**

Les athlètes doivent se présenter à l'entraînement en tenue de sport (short, survêtement chaussures de sport) et avoir dans le sac : une bouteille d'eau, vêtements chauds de pluie éventuellement un nécessaire de toilette,

Les parents doivent s'assurer de la présence des entraîneurs et déposer les enfants dans l'enceinte du stade et les récupérer dans l'enceinte également.

Nous demandons également aux accompagnants de rester dans les tribunes et de nous prévenir immédiatement en cas de problème.

### **Les entraînements**

Les athlètes s'engagent à être le plus régulièrement possible à l'entraînement et aux compétitions.

N'oubliez pas de signaler votre absence aux entraîneurs via le groupe Whatsapps .

N'hésitez pas informer votre entraîneur si la moindre douleur se déclarait.

A la fin de chaque entraînement les athlètes ne sont plus sous la responsabilité du club.

### **Les compétitions**

Les convocations seront envoyées par mail.

Ne pas oublier de rajouter dans le sac le maillot du club et 4 épingles Doubles

## **CONTACTS**

**Facebook** : u.s.dax – section athlétisme

**Instagram** : u.s.dax.athlétisme

### **Président**

PATRICK SCHOONJANS : 06 32 00 92 84

Email : [athletisme@usdaxomnisports.fr](mailto:athletisme@usdaxomnisports.fr)

### **Secrétariat**

CELINE BOUET : 06 79 08 44 60

Email: [usdaxathlétismesecretariat@orange.fr](mailto:usdaxathlétismesecretariat@orange.fr)

### **Responsable Ecole athlétisme :**

LAURIE GIANNETTA : 06 49 25 84 41

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

Conditions relatives à la prévention de la santé des mineurs: (articles L. 231-2 et D.231-1-1 à D. 231-1-4 du Code du sport)

Pour la prise d'une 1ère licence ou le renouvellement de la licence d'un mineur, le représentant légal atteste avoir rempli, conjointement avec le sportif mineur, le formulaire en ligne relatif à l'état de santé du sportif mineur et atteste avoir répondu «non» à l'ensemble des questions. A défaut, le représentant légal est tenu de produire un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'athlétisme datant de moins de six mois.

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  
 ou  
 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](http://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.

j'accepte l'utilisation de mon image  je refuse l'utilisation de mon image

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 de 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 : [cl@athle.fr](mailto:cl@athle.fr)  
 Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

J'accepte la transmission des informations  je refuse la transmission des informations

Date et signature du Licencié :  
 (des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)



# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné .....autorise mon fils/ma fille.....

A pratiquer l'athlétisme au sein de l'USDAX, à suivre les entraînements, les compétitions ainsi que tous les déplacements organisés par la section.

J'autorise le club (ou l'entraîneur)

A prendre les mesures médicales adéquates dans le cas d'un accident sportif ou de la circulation (dans le cas de non possibilité de communication avec la personne responsable).

A véhiculer les athlètes dans les différentes compétitions (si refus des parents je m'engage à emmener mon enfant lors des compétitions)

A présenter mon enfant aux sélections départementales et régionales

A prendre des photos ou des vidéos de mon enfant et de les diffuser dans le cadre du journal du club, le journal municipal, de Sud-ouest, et de toutes publications papiers ou internet.

Le club n'est pas responsable des athlètes en dehors des horaires d'entraînement et des compétitions, vous devez vous assurer de la présence de l'entraîneur.

Je déclare donner des renseignements exacts et avoir pris connaissance, ainsi que mon enfant des quelques points de règlement énoncés dans ce document.

**Toute conduite irrespectueuse envers athlète et encadrement sera sanctionnée par un avertissement auprès des parents et l'exclusion en cas de récidive.**

Renseignements complémentaires : pour les athlètes à la charge de leurs parents

Responsable1 : Nom-Prénom : .....  
lien : ..... Profession : .....  
N° de portable ..... Mail : .....

Responsable2 : Nom-Prénom : .....  
lien : ..... Profession : .....  
N° de portable ..... Mail : .....

Notes personnelles (que le club se doit de savoir) allergies, maladies

**Signature des parents**

Lu et approuvé

**Signature de l'athlète**

lu et approuvé



## QUESTIONNAIRE SANTE

US DAX



Cochez une seule des trois cases.

N° LICENCE :

NOM :

PRENOM :

SEXE : HOMME  FEMME

DATE DE NAISSANCE :

Depuis l'année dernière

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 de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

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-il décédé 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.)

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

Je déclare répondre NON à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d'un nouveau certificat médical

Je déclare répondre OUI à au moins l'une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

«**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, ou si vous refusez de répondre** : «Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Date et signature du Licencié :

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

**CERTIFICAT MEDICAL catégorie U10 EVEIL ATHLETIQUE (enfant de 7 à 10 ans) :**  
**ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

**Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN**

Nombre d'heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :  
chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil : de h à h

Nombre d'heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

**Examen à remplir par le médecin**

Date : Poids : Taille : IMC :

Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d'ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

**Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au Club -----**

**CERTIFICAT MEDICAL**

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 COMPETITION :

Date :

Signature :

Cachet du médecin :