

INSCRIPTION SMART

St Marcellin Athlétisme Running Trail



Saison 2023/2024

ROUTE	ATHLETISME	TRAIL	CROSS	RUNNING	MONTAGNE
-------	------------	-------	-------	---------	----------

Siège : Maison des associations - 9 rue du colombier - 38160 St MARCELLIN - Président : Julien RAISON 06 75 92 44 46

Mail : smart38160@gmail.com

Site Internet <https://www.saintmarcellin-athletisme.com/>

Nouvelle adhésion Renouvellement Je suis : Adhérent Encadrant Animateur

NOM athlète **PRENOM athlète** **Port Adu.**
Port enf.

Né(e) le / / à **Profession**
(celle du père ou de la mère pour les enfants)

ADRESSE **Code et ville**

E-mail Athlète **LICENCE Running** **Compétition**
E-mail tuteur **A cocher** ou

(mel obligatoire pour envoi de la licence)

Personne à contacter en cas d'urgence : (nom/prénom/Telephone)

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,
 j'autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
 j'autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale

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

Infos : En période d'essai, le pratiquant doit être couvert par son assurance. L'assurance Individuelle Accident et RC du club sont contractées auprès de l'assureur fédéral. Le soussigné déclare être informé de l'intérêt à souscrire une assurance proposant des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel, de la charte éthique et du contrat d'engagement républicain du club. Les parents s'engagent à accompagner leurs enfants ou à accepter les moyens de transport du club en déchargeant les accompagnateurs de toute responsabilité et en autorisant les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence ou hospitalisation. Des contrôles (dont sanguins) sont possibles dans le cadre de la lutte fédérale contre le dopage. L'adhérent ou son représentant légal accorde au club un droit à l'image et lui remet un questionnaire Santé. La loi "Informatique et Libertés" s'applique à ce dossier.

Signature obligatoire (parent si mineur)
 "Lu et approuvé" + date

DOSSIER COMPLET à remettre à Vincent MONNET ou à un responsable du club ou smart38160@gmail.com

Dossier				Photo identité ou profil															
<input type="checkbox"/>	Fiche ci-dessus complétée et signée																		
<input type="checkbox"/>	Questionnaire Santé au verso (Pour les mineurs uniquement)																		
<input type="checkbox"/>	Compléter le formulaire en ligne espace personnel FFA (Parcours Prévention Santé) Certificat médical (- de 6 mois) modèle au verso / si n'ayant pas satisfait les conditions PPS																		
<input type="checkbox"/>	Copie de pièce d'identité (ou de livret de famille + photo)																		
<input type="checkbox"/>	Cotisations +Licences	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Licence Running</th> <th>Licence Compétition</th> <th>Jours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ecole d'athlé (nés de 2011 à 2014) :</td> <td></td> <td>130,00 €</td> <td>Mercredi de 14h00 - 15h30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ados (nés de 2007 à 2010) :</td> <td></td> <td>130,00 €</td> <td>Mardi 17h45-19h & Jeudi 18h45 - 20h</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Adultes (2006 et avant) :</td> <td>90,00 €</td> <td>130,00 €</td> <td>Lundi & Jeudi 19h - 20h30</td> </tr> </tbody> </table>		Licence Running	Licence Compétition	Jours	<input type="checkbox"/> Ecole d'athlé (nés de 2011 à 2014) :		130,00 €	Mercredi de 14h00 - 15h30	<input type="checkbox"/> Ados (nés de 2007 à 2010) :		130,00 €	Mardi 17h45-19h & Jeudi 18h45 - 20h	<input type="checkbox"/> Adultes (2006 et avant) :	90,00 €	130,00 €	Lundi & Jeudi 19h - 20h30	
	Licence Running	Licence Compétition	Jours																
<input type="checkbox"/> Ecole d'athlé (nés de 2011 à 2014) :		130,00 €	Mercredi de 14h00 - 15h30																
<input type="checkbox"/> Ados (nés de 2007 à 2010) :		130,00 €	Mardi 17h45-19h & Jeudi 18h45 - 20h																
<input type="checkbox"/> Adultes (2006 et avant) :	90,00 €	130,00 €	Lundi & Jeudi 19h - 20h30																
Réductions exceptionnelles																			
<input type="checkbox"/>	Famille (3pers) :	10€ à déduire à titre exceptionnel sur chaque licence																	
<input type="checkbox"/>	Aides diverses	Pass région, chèque vacances, carte Tattoo																	
<input type="checkbox"/>	Partenariat ACO	Convention à demander lors de l'inscription																	
en option (sur commande) cocher / indiquer tailles de XS à XL (dans la limite des stocks disponibles)																			
<input type="checkbox"/>	Maillots Club	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Taille</th> <th>Prix</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> Débardeur</td> <td></td> <td>30 €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tee-shirt</td> <td></td> <td>30 €</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tee-shirt ecole athlé (-12ans)</td> <td></td> <td>20 €</td> </tr> </tbody> </table>		Taille	Prix	<input type="checkbox"/> Débardeur		30 €	<input type="checkbox"/> Tee-shirt		30 €	<input type="checkbox"/> Tee-shirt ecole athlé (-12ans)		20 €					
	Taille	Prix																	
<input type="checkbox"/> Débardeur		30 €																	
<input type="checkbox"/> Tee-shirt		30 €																	
<input type="checkbox"/> Tee-shirt ecole athlé (-12ans)		20 €																	
Réservé à SMART		en déductions de la cotisation		TOTAL: €															
Cotisation annuelle €		Aides diverses €																	
Equipements Club €		Famille €																	
Règlement Virement <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèce <input type="checkbox"/>		Partenariat ACO €																	
RIB	Domiciliation bancaire : CCM SAINT MARCELLIN																		
	Code banque : 10278 Code guichet : 08930	N° de compte : 00020878901	Clé RIB : 52																
	IBAN : FR 76 1027 8089 3000 0208 7890 152	BIC : CMCI FR 2A																	

CERTIFICAT MÉDICAL

Selon articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport (Licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Loisir)

Je soussigné, Docteur : _____ Demeurant à : _____

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

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

Et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Sport (Athlétisme) en compétition

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques (AUT) 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

Ce certificat médical, établi par un médecin de son choix sur ce formulaire ou tout autre document, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de six mois au moment de la demande de 1ère licence

Questionnaire Santé A SIGNER PAR L'ADHERENT mineur (obligatoire)

sous la responsabilité de l'adhérent (peut être aussi rempli en ligne dans l'espace Licencié)

QUESTIONNAIRE ENFANT MINEUR

Depuis l'année dernière:

- 1- Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?
- 2- As-tu été opéré(e) ?
- 3- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?
- 4- As-tu beaucoup maigri ou grossi ?
- 5- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?
- 6- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?
- 7- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?
- 8- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?
- 9- As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?
- 10- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?
- 11- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?
- 12- 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):

- 13- Te sens-tu très fatigué(e) ?
- 14- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?
- 15- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?
- 16- Te sens-tu triste ou inquiet ?
- 17- Pleures-tu plus souvent ?
- 18- Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

Aujourd'hui:

- 19- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?
- 20- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?
- 21- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

Réponses à faire remplir par tes parents:

- 22- 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 ?
- 23- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?
- 24- Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (examen 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)

Nom, prénom...

Si je peux répondre **NON** à toutes ces questions... je signe

Si non, certificat médical impératif

Signature obligatoire (parent si mineur)

"Lu et approuvé"