

## *Dossier d'inscription à l'Athlétic Club de la Jeunesse Chanteixoise (ACJC)*

### *Saison 2021 - 2022*

- ✓ Dans ce dossier vous trouverez tous les documents à remplir pour réaliser l'inscription au sein du club d'athlétisme.
- ✓ Des documents vous donneront diverses informations sur les jours d'entraînements et leurs horaires.
- ✓ Il y a également le numéro des personnes à contacter si vous souhaitez obtenir des informations complémentaires.
- ✓ Pour faciliter la gestion des inscriptions, merci de nous rendre le dossier complet en une seule fois.
- ✓ Pour le certificat médical, le seul document valable est le certificat médical, à faire remplir par le médecin, qui se trouve en bas de la dernière page du dossier.
- ✓ Pour les personnes ayant un certificat médical de moins de 3 ans (et ayant pris une licence la saison précédente) vous n'aurez qu'à remplir le questionnaire de santé.

## FICHE PRATIQUE

Horaires	<p>Le mardi de 18h00 à 19h30</p> <p>le mercredi de 14h00 à 15h00</p> <p>le mercredi de 15h30 à 17h00</p> <p>le mercredi de 17 h00 à 19h00</p> <p>le jeudi soir (<b>stade CUEILLE TULLE</b>)</p> <p>le vendredi de 17h30 à 19h00 (<b>stade CUEILLE TULLE</b>)</p> <p>le vendredi de 17h30 à 19 H</p> <p>le samedi de 10h00 à 12h00</p> <p>le samedi de 14h à 16h</p> <p>le dimanche matin (piste stade CUEILLE TULLE)</p>	<p><u>Catégories:</u> Poussins (2011 à 2012 – 9 à 11 ans)</p> <p><u>Catégorie:</u> Baby athlé (2015 à 2017)- 4 à 6 ans</p> <p><u>Catégorie:</u> Eveil Athlé (2013-2014)- 7 à 8 ans</p> <p><u>Catégorie:</u> Benjamins/Minimes (2007-2010)</p> <p><u>Catégorie :</u> cadet à vétéran (2006 et avant)</p> <p><u>Catégorie:</u> Benjamins/Minimes (2007-2010).</p> <p><u>Catégorie :</u> à partir de cadet Musculation.</p> <p><u>Catégorie:</u> cadet à vétéran (2006 et avant)</p> <p><u>Catégorie :</u> - cadets à vétérans (2006 et avant) - Marche nordique</p> <p><u>Catégorie</u> cadet à vétéran (2006 et avant)</p>
Cotisation annuelle	enfants, étudiants, emplois précaires 55€	adultes. 75€
Lieux des entraînements :	<p><u>Stade des Maurians à Chanteix</u> Et/ou Gymnase de Laval Verdier à Saint Mexant en cas de mauvais temps. Piste stade CEUILLE à Tulle</p>	
Documents à fournir dès l'inscription :	<p>* <u><a href="#">certificat médical (modèle joint en annexe)</a></u> * <u><a href="#">remplir soigneusement la fiche de renseignement athlète et médicale, (jointe en annexe)</a></u> *<u><a href="#">lire et signer le règlement intérieur. (joint en annexe)</a></u></p>	
Pour la pratique :	Vêtements conseillés: Short, survêtement, maillot, k-way <u><a href="#">PRENDRE DE L'EAU.</a></u>	
Coordonnées entraîneurs	<p><u>Prévenir les entraîneurs des catégories concernés en cas d'absence aux entraînements et compétitions</u> Jean-Jacques Gazzola 06 69 59 44 77 Mylène Montagnac 06-75-92-24-27 Jean-Michel Jacquet 07-69-92-26-12</p>	
Renseignements complémentaires	<p>Site Internet du club : <u><a href="http://www.acjchanteix.fr">http://www.acjchanteix.fr</a></u> 06 69 59 44 77 Mail club : <a href="mailto:acjchanteix@gmail.com">acjchanteix@gmail.com</a></p>	

# BULLETIN D'ADHESION ATHLETISME

## Athlétic Club de la Jeunesse Chanteixoise



(Photo)

### A remplir par le bureau :

Catégorie 2021 / 2022 : .....

Numéro de licence : .....

### COORDONNEES DE L ADHERENT

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : Fille Garçon Nationalité : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone Fixe : ..... Portable de l'adhérent : .....

**Email de l'adhérent** (écrive lisiblement) : .....@.....

**INDISPENSABLE** pour recevoir toutes les informations du club

Sport(s) déjà pratiqué(s) : .....

### Personne responsable (NUMERO PRIORITAIRE)

Nom Prénom : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Tel portable : .....

**Adresse Mail** : .....

#### 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 0,28 € 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 : 0,81 € 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 reconnais avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l'Athlétisme

Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (options 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.



A-CJ CHANTEIXOISE  
Saison 2021-2022

## FICHE MEDICALE COMPLEMENTAIRE DE LIAISON

Saison 2021 - 2022

Numéro de Sécurité Sociale dont dépend l'athlète : .....

VACCINATION : date du dernier rappel anti-tétanique.....

INDIQUEZ :

- LES PROBLEMES DE SANTE

.....  
- LES CONTRE – INDICATIONS :

(Pour tout médicament à prendre, fournir obligatoirement une ordonnance)

.....  
- LES ALLERGIES : .....

.....  
- LE PORT DE LUNETTES : (circulaire ministérielle n°72266 du 3 juillet 1972).

OUI (1) NON (1) Si oui :

Je soussigné, ..... déclare que l'enfant désigné doit conserver (1), ne doit pas conserver (1) ses lunettes pendant les activités sportives.

(1) rayer la mention inutile

## EN CAS D'HOSPITALISATION DE L'ATHLETE

Je soussigné(e) Mr – Mme (1) : .....

Père / Mère / Tuteur (1) de l'enfant désigné ci-dessus, autorise les membres du bureau de l'ACJC et les entraîneurs à prendre toutes les mesures d'urgence que nécessiterait l'état de mon enfant.

(1) rayer la mention inutile

Fait à ....., le .....

Signature des parents (mention "Lu et Approuvé»)

Information importante !

Avant la prise de tout produit pharmaceutique, nous vous invitons à vérifier qu'il ne contient pas de substances interdites. Prévenir les entraîneurs

ICI:

<https://www.afld.fr/finder/produits-dopants>

le formulaire:

[https://www.afld.fr/webfm/doc\\_user/images/pdf/pfmedical/01-formulaireaut2013pdf](https://www.afld.fr/webfm/doc_user/images/pdf/pfmedical/01-formulaireaut2013pdf)

## REGLEMENT INTERIEUR DE L'ACJC

Le règlement intérieur est préparé par le Comité Directeur et adopté par l'Assemblée Générale. (Extrait des statuts de l'ACJC). Il est modifiable chaque année.

Lors de l'Assemblée Générale (ordinaire ou extraordinaire) le quorum est des 2 tiers. Pour l'adoption des délibérations (votes) la majorité absolue des suffrages exprimés des membres présents est requise (licencié ou représentant légal).

L'adhésion n'est effective qu'après présentation d'un certificat médical, obtenu chez un médecin traitant ou au Centre de Santé, du retour de la fiche type de renseignements médicaux, du règlement de la cotisation annuelle, de la signature du Règlement Intérieur.

Le prix de la cotisation peut être révisé chaque année, il est fixé par le Comité Directeur, il comprend une assurance. Chaque adhérent en signant le règlement intérieur reconnaît avoir été informé de son intérêt à contracter une assurance « individuelle accident » complémentaire.

En cas d'accident, il sera fait appel aux services d'urgences et l'adhérent accidenté sera conduit à l'hôpital.

La responsabilité du Club n'est engagée que lorsque les parents ou le représentant légal ont confié l'enfant à l'animateur responsable du cours, sur le lieu d'entraînement ou de convocation pour une compétition.

Les parents qui conduisent les enfants du club sur les stades doivent être assurés en conséquence. Aucun enfant mineur ne peut quitter, seul, le lieu d'entraînement ou de compétition si les parents ou le représentant légal n'ont pas signé d'autorisation.

Le comité directeur est le seul juge en matière de sanctions disciplinaires (exclusion temporaire ou définitive).

La diffusion de photographies sur Internet est sujette à autorisation préalable de l'intéressé ou de son représentant légal

Fait à ....., le .....  
Signature des parents (mention "Lu et Approuvé»)

J'autorise la diffusion de mon image sur le site Internet du club

Je n'autorise pas la diffusion de mon image sur le site Internet du club

*Cochez la case correspondante*

# RENOUVELLEMENT DE LICENCE QUESTIONNAIRE DE SANTE “ QS-SPORT ”

Ce questionnaire de santé, **destiné aux personnes majeures**, permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.  
Au minimum, la présentation d'un certificat médical sera exigée tous les trois ans.

## RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.

	OUI	NON
<b>Durant les douze derniers mois :</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essouffement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À ce jour :</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur par suite d'un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Vous devez fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour renouveler votre licence. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, en remplissant ce questionnaire sur votre espace personnel en ligne ou en retournant une version papier au Club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

**EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE DE LICENCE ATHLE SANTE DANS UN CLUB  
DE LA FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME**

**NE PAS IMPRIMER RECTO VERSO = CONFIDENTIALITE**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e)  
le :  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine :  
Spécialités sportives pratiquées :

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation médicale et à donner au médecin pour compléter le dossier médical 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 :

Avez-vous des allergies ? oui non  
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

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

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?  
Combien de verres de bières, vin ou autres alcools buvez-vous par jour ?  
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 du sportif :

## **CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE HORS COMPETITION**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur en médecine

Certifie avoir examiné ce jour :

Né(e) le :

et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPETITION de : (rayer les mentions inutiles)

**Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique**

### **RECOMMANDATIONS MEDICALES**

**à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running**

Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

#### **L'appareil locomoteur :**

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

#### **L'appareil cardio-vasculaire :**

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :                    oui                    non  
  Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O<sub>2</sub> ?    oui                    non                    Quand ?

#### **L'appareil neurosensoriel :**

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

**Autres précautions et/ou préconisations** (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Fait à .....

Le .....

Signature du médecin :

Cachet du médecin