Fiche de renseignement 2024 - 2025 :

Nom du club : ASB Rezé athlétisme / Cross n°044001

Date de réception du dossier :
Catégorie :

Renouvellement : ☐ Nouvelle adhésion : ☐ Mutation : ☐

N° de licence : …. / …. / …. / …. / …. / …. / …. (si renouvellement ou mutation).

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F / M Date de naissance : …. / …. / …….

Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse Mail : _____ (Licence qui sera envoyé sur cette adresse mail.)

Portable : …… / …… / …… / …… / …… Nationalité : _____

Attestation médicale :

Attestation Questionnaire Médical / PPS Parcours Prévention Santé : ☐J'atteste sur honneur avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé (PPS - Parcours Prévention Santé transmis par la FFA) et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'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 commerciale.
☐**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 du club et de la FFA (Fiche Athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès / 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 À cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cil@athle.fr . Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.
Nom & Prénom : _____ Date _____/_____/_____

Engagement au sein du club :

☐Le soussigné s'engage à la participation à un événement organisé par le club ou une compétition (aide-juge, accompagnateur …) obligatoire pour un événement (exemple : Les Challenges de Rezé, Les jeux de l'atlantique, aider au covoiturage pour une compétition).
Date et signature : Fait le à Signature :

Assurance :

La fédération française d'athlétisme propose par l'intermédiaire de GENERALI 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).

→Aux licenciés : une assurance individuelle accident de base et assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'athlétisme (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 reconnais avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l'athlétisme.

Date et signature : Fait le à Signature :

Autorisation parentale (pour les adhérents mineurs) :

1 - **intervention médicale / chirurgicale** : je soussigné : (Père - Mère - Représentant légal) autorise mon enfant à pratiquer l'athlétisme au sein de l'ASB Rezé Athlétisme. J'autorise en mon absence et en cas d'urgence les entraineurs / responsables à faire pratiquer toute intervention médicale / chirurgicale qui s'avéraient nécessaire.

2 - **transport / covoiturage** : J'autorise en mon absence les dirigeants / toute autre personne désignée par eux, à transporter mon enfant lors des déplacements aux entraînements / compétitions.

3 - **Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs** (conformément à l'article R.232-45 du code du sport) : Dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné(e) 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.

4 - **Fin d'entraînement** : Je soussigné Mr / Mme (Père - Mère - Représentant Légal) autorise mon enfant à partir seul après l'entrainement. Fait à ,le .Signature :

Pour les adhérents mineurs :

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Téléphone		
Mail		
Profession		
Numéro de téléphone que l'entraineur utilise pour communiquer avec votre enfant.		
Personne joignable en cas d'accident aux heures d'entraînement.		

COTISATION ANNUELLE :

Le tarif comprend :

→La cotisation au club, la licence FFA et l'assurance facultative.

LES ATHLÈTES ne pourront être LICENCIÉS que lorsqu'ils auront fourni les documents suivants :
☐ Le formulaire d'inscription dûment rempli avec, pour les mineurs, l'autorisation parentale ainsi que le questionnaire de santé mineur FFA.
☐ Une photocopie de la carte d'identité pour les nouveaux adhérents.
☐ Le montant de la cotisation annuelle par chèque ou autre à l'ordre de l'ASBR Athlétisme.
☐ Le règlement du maillot du club (25€) pour les licenciés Compétition sauf pour les écoles d'athlétisme et poussins.
☐ La participation à un événement organisé par le club ou une compétition.