



INSCRIPTION 20 – 20

Remplir le document dans son intégralité et de manière lisible.

Renseignements sur l'adhérent

N° de Licence (si vous avez déjà été licencié) :

Nom : Prénom :

Né(e) le : Masculin / Féminin

Nationalité : Lieu de naissance :

Adresse : Code postal :

..... Ville :

N° de tel : N° tel 2 :

Adresse E-mail (obligatoire) :

Compagnie et N° d'assurance Responsabilité Civile :

Certificat Médical

Mention obligatoire « **non-contre-indication à la pratique de l'Athlétisme Santé Loisirs** »
utilisez le modèle ci-joint.

Date du certificat médical (datant de moins de 3 mois) :

Assurances

Sport Landes Santé a souscrit une assurance Responsabilité Civile (proposée par la Fédération Française d'Athlétisme), par l'intermédiaire de GENERALI, assureur. Contrat n° AN999014.

Il est proposé à chaque licencié une assurance Individuelle Accident de base et Assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'athlétisme, au prix de : 0,82€ TTC (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. :

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 rubrique Assurances).

Droit à l'image

Le soussigné autorise l'association à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités de l'association, 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.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre :

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association Sport Landes Santé.
(Consultable sur www.sportlandessante.org)

Ci-joint chèque(s) de : €

Fait à : le : / /
Ajoutez la mention : « Lu et Approuvé »

En règlement de la cotisation.

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DE L'ATHLE SANTE LOISIR
HORS COMPETITION D'ATHLETISME

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations).

Je soussigné(e) _____ Docteur en médecine certifie avoir examiné ce jour :

M _____ né(e) le : ____ / ____ /19 _____ et n'avoir pas

constaté de signes cliniques contre-indiquant la pratique SANTE LOISIRS de : (rayer les mentions inutiles)

Marche Nordique - Remise en forme - Running - Condition physique

RECOMMANDATIONS MEDICALES

à destination du Coach Athlé Santé :

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'O2 ? : oui / non

L'appareil neuro-sensoriel :

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

➤ Quand ? : _____.

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 et remis en main propre. Fait à

Le Signature du médecin :