



## INSCRIPTION 20 – 20

### Renseignements sur l'adhérent

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

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Masculin / Féminin

Nationalité : ..... N° de tel : .....

Adresse : ..... Code postal : .....

..... Ville : .....

Adresse E-mail (obligatoire) : .....

De quelle manière avez-vous connu l'association ? .....

### 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 6 mois) : .....

Dans le cadre d'un renouvellement de Licence, et dans les conditions prévues par le code du sport, le soussigné peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical.

### Assurances

Sport Landes Santé a souscrit une assurance Responsabilité Civile (proposée par la Fédération Française d'Athlétisme), par l'intermédiaire de la MAIF

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 : 0,81 € 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 (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 FFA et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.

### 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 :

**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 : [dpo@athle.fr](mailto:dpo@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

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association Sport Landes Santé.  
(Consultable sur [www.sportlandessante.org](http://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 - Pilates

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 :