

ANNEXE 4 – CERTIFICAT MEDICAL

Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport
(Licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Santé Loisir – option Running)

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

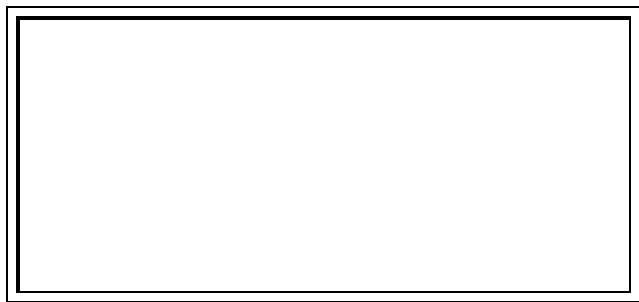
Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

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

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'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 en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____



Cachet du Médecin et Signature du médecin

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent une Carte d'adhérent, à l'exclusion des Non-pratiquants (licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Santé Loisir – option Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;
- un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme pour la licence Athlé Santé Loisir – option Santé.

Ce **certificat médical**, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être **daté de moins de trois mois** au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.

LICENCES DECOUVERTE

Joindre photo

Eveils Athlétiques/Poussins : nés de 1999 à 2004

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : CATEGORIE :

ADRESSE (complète) :

TELEPHONE : PORTABLE :

E MAIL (Bien orthographié):

MEDECIN DE FAMILLE : TELEPHONE :

CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE DU : Groupe Sanguin:

Je prends connaissance du calendrier et participe :

Cross (20/12/09, 10/01/10) OUI - NON

Animations OUI - NON

POUR LES PARENTS (rayer les mentions inutiles)

Je soussigné, Monsieur, Madame ou représentant légal

1 – autorise / n'autorise pas toute intervention chirurgicale en cas de nécessité.

2 – autorise / n'autorise pas mon enfant mineur

à sortir seul de l'enceinte du stade (côté rue) à la fin des entraînements.

(accompagnement à l'heure et récupération au portail du stade (côté piste).

3 – autorise / n'autorise pas mon enfant à prendre le véhicule d'une personne désignée pour l'accompagnement lors de déplacements.

4 – souhaite que mon fils ou ma fille participe aux activités sportives proposées par le club (notamment à l'initiation à l'ensemble des disciplines de l'athlétisme).

5 - Je peux :

• Accompanyer en déplacement (déductible des impôts) : OUI - NON

• Offrir mes services lors des organisations : OUI - NON

• M'investir dans les activités du club (officiels, : OUI - NON

• Assurer occasionnellement la garderie des enfants des adhérents : OUI - NON

Signature

Par quel moyen avez-vous eu connaissance de notre club :

Autres activités pratiquées : Jours et heures :

Classe et école fréquentée : Profession parents :

Remarques ou suggestions:

.....

N° licence FFA :

Réglé : par chèque ou espèces.