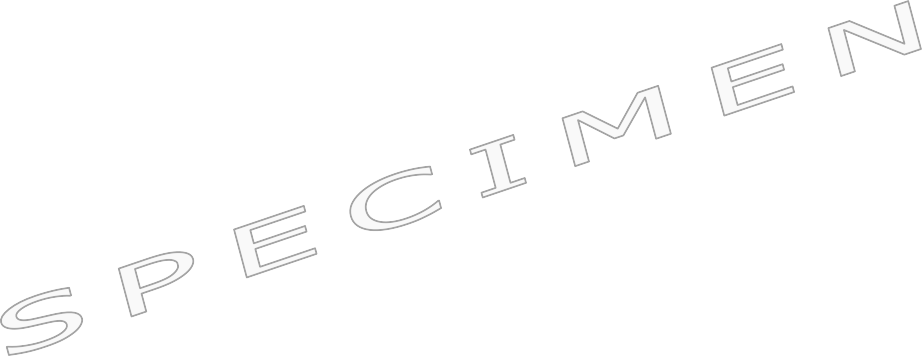
 FORMULAIRE DE DEMANDE D’ADHESION

JC EPERNAY CHAMPAGNE 2021-2022

**Nouvelle adhésion** :  **N° de licence** (si déjà licencié à la Fédération Française d’Athlétisme) | | | | | | | |



**Nom de naissance** : | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nom d’usage** : l l l l l l l l l l l l l l l l l

**Prénom** : | | | | | | | | | | | | | | | | | || || | **Sexe** : F  M 

**Date de naissance** : | | | / | | | / | | | | | (jj/mm/aaaa) **Lieu de naissance :** | | | | | | | | | | | | | | |

**Pays de naissance** : l l l l l l l l l l l l l l l l **Nationalité** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(L’athlète de nationalité étrangère ayant réalisé une performance de niveau équivalent ou supérieur à IB dans les 12 derniers mois doit obligatoirement le signaler afin que la FFA puisse formuler une demande d’autorisation auprès de la fédération du pays d’origine)

**Adresse complète** : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Code Postal** : | | | | | | **Ville** : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Adresse Email (obligatoire)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Si mineur, adresse Email du représentant légal** l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l l **Numéro de téléphone (fixe ou portable)** : | | | | | | | | | | |

**Type de licence choisie** : Licence Athlé Compétition  Licence Athlé Entreprise  Licence Athlé Découverte 

Licence Athlé Running  Licence Athlé Santé  Licence Athlé Encadrement 

**Certificat médical** : (*Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport*)

* Pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise et Athlé Running, le soussigné majeur certifie avoir produit un certificat médical attestant l’absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l’Athlétisme en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la licence.
* Pour les licences Athlé Santé, le soussigné majeur certifie avoir produit un certificat médical d’absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l’Athlétisme datant de moins de six mois à la date de prise de la licence.
* 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.
* Pour la prise d’une 1ère licence ou le renouvellement de la licence d’un mineur, le titulaire de l’autorité parentale peut attester avoir rempli, avec son enfant, le questionnaire relatif à l’état de santé du sportif mineur et voir son enfant dispenser, dans les conditions prévues par le Code du Sport, de présenter un certificat médical.

**Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation**

* Conformément à l’article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, ,

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.

* En ma qualité de ……………………. (Père, mère, représentant légal) de l’enfant autorise l’hospitalisation

de mon enfant en cas de nécessité médicale

**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 0,26 **€** 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 : 0,70 **€** 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.***

**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 commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

* ***J’accepte l’utilisation de mon image*** ** ***Je refuse l’utilisation de mon image***

**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. À 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***

**Date et signature du Licencié :**

*(Des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)*

# MODELES D’EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

## ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D’UNE

**LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE**

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :

Nombre d’heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) : Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

##### Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l’athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier 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 ? Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :

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

Avez-vous des allergies ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

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 :

##### Découper et donner uniquement le certificat médical au Club : -----------------------------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur certifie que l’examen clinique ce jour de

confirme l’absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l’Athlétisme EN COMPÉTITION.

Je l’informe de l’intérêt de déposer auprès de l’Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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.

Date : Signature et Cachet :

### CERTIFICAT MEDICAL de l’ENFANT de 11 à 15 ans

### PRATIQUE de l’ATHLETISME en COMPETITION

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

##### Questionnaire à remplir par les parents de l’enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN

Spécialités athlétiques pratiquées :

Nombre d’heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux : Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de h à h Nombre d’heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d’eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ? Date de la dernière prise d’ampoule de vitamine D :

##### Examen à remplir par le médecin

Date : Poids : Taille : IMC : Douleurs et localisations :

TA : Pouls :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis : Distance main-sol :

Examen des 4 membres :

Palpation des points d’ossification secondaires : Pied d’appel : Développement pubertaire (de Tanner) :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Age des premières règles :

##### Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au Club ----------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l’examen clinique ce jour de

Confirme l’absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l’Athlétisme EN COMPETITION. Date :

Cachet du médecin :

Signature :

### CERTIFICAT MEDICAL catégorie U10 EVEIL ATHLETIQUE (enfant de 7 à 10 ans) : ACTIVITE MOTRICE COMPLEXE et PRATIQUE des RENCONTRES ATHLETIQUES

NOM : Prénom : Sexe : F M Né (e) le :

##### Questionnaire à remplir par les parents de l’enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN

Nombre d’heures tous sports confondus pratiquées par semaine :

Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux : Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil : de h à h Nombre d’heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d’eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ? Date de la dernière prise d’ampoule de vitamine D :

##### Examen à remplir par le médecin

Date : Poids : Taille : IMC : Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire : Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d’ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

##### Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au Club ---------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l’examen clinique ce jour de

Confirme l’absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l’Athlétisme EN COMPETITION :

Date : Signature :

Cachet du médecin :

### CERTIFICAT MEDICAL catégorie U7 BABY – ATHLE

### Découverte de la MOTRICITE USUELLE pour les ENFANTS de 4 à 7 ans

### PRATIQUE de l’ATHLETISME HORS COMPETITION

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :

##### Questionnaire à remplir par les parents de l’enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN

Nombre d’heures tous sports confondus pratiquées par semaine : Blessures ces deux dernières années :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche : Médicaments pris chaque jour :

Antécédents personnels médicaux :

chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Sommeil de h à h Nombre d’heures par jour devant la télé et jeux vidéo :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Contenus et heures des collations :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d’eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ? Date de la dernière prise d’ampoule de vitamine D :

##### Examen à remplir par le médecin

Date : Poids : Taille : IMC : Douleurs et localisations :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis :

Examen des membres :

Palpation des points d’ossification secondaires :

Acuité visuelle OD : OG :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

##### Découper et donner uniquement le certificat ci-dessous au Club --------------------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que l’examen clinique ce jour de

Confirme l’absence de contre-indication du sport ou de l’Athlétisme HORS COMPETITION. Date :

Signature :

Cachet du médecin :

**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 ?  Date du dernier Électrocardiogramme : Résultat :  Date de la dernière prise de sang : Résultat : | oui | non |
| 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’O2 ? | 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

**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.**  **Durant les douze derniers mois :** | **OUI** | **NON** |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | □ | □ |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | □ | □ |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | □ | □ |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | □ | □ |
| 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 ? | □ | □ |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | □ | □ |
| **À ce jour :** |  |  |
| 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 ? | □ | □ |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | □ | □ |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | □ | □ |
| ***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.

**QUESTIONNAIRE RELATIF A L’ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE**

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller  ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider. | | | |
| Tu es : une fille □ un garçon □ | Ton âge : ans | | |
| **Depuis l'année dernière** | | **OUI** | **NON** |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | | □ | □ |
| As-tu été opéré (e) ? | | □ | □ |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | | □ | □ |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | | □ | □ |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | | □ | □ |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | | □ | □ |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | | □ | □ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | | □ | □ |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | | □ | □ |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | | □ | □ |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | | □ | □ |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | | □ | □ |
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** | |  |  |
| Te sens-tu très fatigué (e) ? | | □ | □ |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | | □ | □ |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | | □ | □ |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | | □ | □ |
| Pleures-tu plus souvent ? | | □ | □ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | | □ | □ |
| **Aujourd'hui** | |  |  |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | | □ | □ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | | □ | □ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | | □ | □ |
| **Questions à faire remplir par tes parents** | |  |  |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | | □ | □ |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | □ | □ |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?  (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | | □ | □ |

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

Le sportif mineur devra fournir un certificat médical d’absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler sa 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 pour votre enfant mineur. Simplement attestez, en remplissant ce questionnaire sur son 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.