

# ADHESION

## St Marcellin Athlétisme Running Trail

Saison 2022/2023

ROUTE	ATHLETISME	TRAIL	CROSS	FOOTING	MONTAGNE
-------	------------	-------	-------	---------	----------

Siège : 324 Les sablières de la condamine 38160 St Romans - Président : Julien RAISON 06 75 92 44 46

Mail : [smart38160@gmail.com](mailto:smart38160@gmail.com)

Site Internet <https://www.saintmarcellin-athletisme.com/>

NOM	<input type="text"/>	PRENOM	<input type="text"/>	Port Adu.	<input type="text"/>
				Port enf.	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	à	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>
				<small>(celle du père ou de la mère pour les enfants)</small>	
ADRESSE	<input type="text"/>			Code et ville	<input type="text"/>
E-mail	Adulte	<input type="text"/>			
E-mail	Enfant	<input type="text"/>			

(cocher)

Licence    
Compét ou Running

(mel obligatoire pour envoi de la licence, le votre ou celui d'un proche)

Observations éventuelles (allergies, médicaments, précautions...)

**Infos** : En période d'essai, le pratiquant doit être couvert par son assurance. L'assurance Individuelle Accident et RC du club sont contractées auprès de l'assureur fédéral. Le soussigné déclare être informé de l'intérêt à souscrire une assurance proposant des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel, de la charte éthique et du contrat d'engagement républicain du club. Les parents s'engagent à accompagner leurs enfants ou à accepter les moyens de transport du club en déchargeant les accompagnateurs de toute responsabilité et en autorisant les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence ou hospitalisation. Des contrôles (dont sanguins) sont possibles dans le cadre de la lutte fédérale contre le dopage. L'adhérent ou son représentant légal accorde au club un droit à l'image et lui remet un questionnaire Santé. La loi "Informatique et Libertés" s'applique à ce dossier.

**Signature obligatoire** (parent si mineur)

"Lu et approuvé" + date

**DOSSIER COMPLET** à remettre à Vincent MONNET ou à un responsable du club ou [smart38160@gmail.com](mailto:smart38160@gmail.com)

Dossier					
<input type="checkbox"/>	Fiche ci-dessus complétée et signée				
<input type="checkbox"/>	Questionnaire Santé au verso <i>(obligatoire chaque année pour tous)</i>				
<input type="checkbox"/>	Certificat médical (- de 6 mois) modèle au verso / facultatif si mineur <i>seulement si première inscription ou si dernier certificat remis en 2020</i>				
<input type="checkbox"/>	Copie de pièce d'identité de l'adhérent (ou de livret de famille + photo)				
<input type="checkbox"/>	Cotisations	Licence Running	Licence Compétition	Cotisation	Jours
	<input type="checkbox"/> <b>Jeunes</b> (nés de 2010 à 2013) :	<b>120,00 €</b>		Mercredi de 14h à 16h	
	<input type="checkbox"/> <b>Ados</b> (nés de 2006 à 2009) :			Mardi 17h45-19h & Jeudi 18h45-20h	
	<input type="checkbox"/> <b>Adultes</b> (2005 et avant) :	<b>80,00 €</b>	<b>120,00 €</b>	<b>40,00 €</b>	Lundi & Jeudi 19h à 20h30

Réductions exceptionnelles		
Famille (3pers) :	<input type="checkbox"/>	20€ à déduire à titre exceptionnel sur chaque licence
Aides diverses	<input type="checkbox"/>	Pass région, chèque vacances, carte Tattoo
Partenariat ACO	<input type="checkbox"/>	Convention à demander lors de l'adhésion ACO ou SMART (Mineur:50€ / Adulte:40€ ou 70€)

Détail de votre règlement	en déductions de la cotisation	TOTAL:
Cotisation annuelle ..... €	Aides diverses ..... €	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
Equipements Club ..... €	Famille ..... €	
Règlement Virement <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/>	Partenariat ACO ..... €	
Espèce <input type="checkbox"/>		

**Domiciliation bancaire** : CCM SAINT MARCELLIN

Code banque : 10278

Code guichet : 08930 N° de compte : 00020878901

Clé RIB : 52

IBAN : FR 76 1027 8089 3000 0208 7890 152

BIC : CMCI FR 2A

# CERTIFICAT MÉDICAL

Selon articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport (Licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Loisir)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Mlle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Sport (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 (AUT) en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et Signature du médecin

## **Questionnaire Santé A SIGNER PAR L'ADHERENT (obligatoire)**

*sous la responsabilité de l'adhérent (peut être aussi rempli en ligne dans l'espace Licencié)*

### QUESTIONNAIRE ENFANT MINEUR

#### Depuis l'année dernière:

- 1- Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?
- 2- As-tu été opéré(e) ?
- 3- As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?
- 4- As-tu beaucoup maigri ou grossi ?
- 5- As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?
- 6- As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?
- 7- As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?
- 8- As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?
- 9- As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?
- 10- As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?
- 11- As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?
- 12- 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):

- 13- Te sens-tu très fatigué(e) ?
- 14- As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?
- 15- Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?
- 16- Te sens-tu triste ou inquiet ?
- 17- Pleures-tu plus souvent ?
- 18- Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

#### Aujourd'hui:

- 19- Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?
- 20- Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?
- 21- Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

#### Réponses à faire remplir par tes parents:

- 22- 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 ?
- 23- Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?
- 24- Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (examen 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)

### QUESTIONNAIRE ADULTE MAJEUR

- 1- Durant les douze derniers mois, un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- 2- Durant les douze derniers mois, avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
- 3- Durant les douze derniers mois, avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
- 4- Durant les douze derniers mois, avez-vous eu une perte de connaissance ?
- 5- Durant les douze derniers mois, si vous avez arrêté le sport pendant + de 30 jours pour raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?
- 6- Durant les douze derniers mois, avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
- 7- A ce jour, ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?
- 8- A ce jour, votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
- 9- A ce jour, pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

Nom, prénom...

Si je peux répondre **NON** à toutes ces questions... je signe  
Sinon, certificat médical impératif

**Signature obligatoire** (parent si mineur)

"Lu et approuvé"