

**RENOUVELLEMENT** Licence n° :

**NOUVELLE ADHÉSION**

**INFOS GÉNÉRALES**

<b>Discipline et lieu d'entraînement :</b>	<b>Nom de l'entraîneur :</b>
<b>NOM :</b> <input type="text"/> <b>PRÉNOM :</b> <input type="text"/>	
<b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>DATE DE NAISSANCE :</b> (jj/mm/aaaa) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>NATIONALITÉ :</b> <input type="text"/>	<b>TEL :</b> <input type="text"/>
<b>ADRESSE :</b> <input type="text"/>	
<b>CODE POSTAL :</b> <input type="text"/>	<b>VILLE :</b> <input type="text"/>
<b>E-MAIL :</b> (obligatoire et en lettres capitales) <input type="text"/>	
<b>PROFESSION/ÉTUDES :</b>	<b>TAILLE TEE SHIRT :</b> <small>Choix de la taille</small> <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> HOMME
<b>TYPE DE LICENCE :</b> <input type="checkbox"/> Licence COMPÉTITION <input type="checkbox"/> Licence RUNNING <input type="checkbox"/> Licence DÉCOUVERTE	
<input type="checkbox"/> Licence ATHLE SANTE / MARCHÉ NORDIQUE <input type="checkbox"/> Licence ENCADREMENT	

**CERTIFICAT**

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

- Pour les licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte (à partir de la catégorie Éveil Athlétique) et Athlé Running, le soussigné 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 et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le soussigné 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 LES MINEURS UNIQUEMENT**

**Autorisation parentale pour les mineurs - Décharge parentale (Père, mère ou tuteur légal)**

**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.
- Je l'autorise également à pratiquer l'athlétisme au sein de la SCO Ste Marguerite Marseille pour la saison 2020/2021 et en particulier à **participer à tous les entraînements et/ou compétitions, ainsi qu'aux déplacements nécessaires à cette pratique.** J'atteste également avoir pris connaissance des conditions de transports de mon enfant, et autorise donc qu'il soit transporté dans les véhicules de particuliers ou de location, conduits : soit par des parents, soit par des membres du Club. J'autorise également la SCO Ste Marguerite Marseille à prendre toutes les **mesures nécessaires en cas d'accident.**

**MENTIONS LÉGALES**

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la SCO Ste Marguerite, 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**  
L'absence de réponse vaut acceptation.

**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 Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

**J'accepte la transmission des informations**  **Je refuse la transmission des informations**  
L'absence de réponse vaut acceptation.

Le coût de l'inscription est dû en sa totalité. Conformément à l'article 5 des statuts de la SCO Ste Marguerite (consultables à l'accueil ou sur le site du club), aucun remboursement ne sera effectué après l'inscription, même avec un certificat médical. Il n'est pas possible d'échanger les inscriptions même avec un membre de la même famille.

**Je désire une facture pour un remboursement CE :**  OUI  NON

Fait à .....Le .....



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



Réservé CLUB  
**Saisie SI-FFA le :**

# TARIFS DES LICENCES SCO STE MARGUERITE MARSEILLE ATHLÉ

## SAISON 2020/2021

### LICENCE DÉCOUVERTE OU COMPÉTITION

PISTE, ROUTE, TRAIL, MARCHÉ NORDIQUE COMPETITION

	CATÉGORIES	ANNÉES DE NAISSANCE	TARIFS
LICENCE DECOUVERTE	BABY ATHLÉ	2015 à 3 ans	230€
	EVEIL ATHLÉTIQUE	2014 à 2012	200€
	POUSSIN	2011 et 2010	200€
LICENCE COMPÉTITION	BENJAMIN	2009 et 2008	200€
	MINIME	2007 et 2006	200€
	CADET	2005 et 2004	190€
	JUNIOR	2003 et 2002	190€
	ESPOIR	2001 à 1999	190€
	SENIOR	1998 à 1987	220€
	MASTER	1986 et avant	220€

### LICENCE LOISIR

	TARIFS
RUNNING	160€
MARCHE NORDIQUE	140€
SPORT SANTÉ	80€
DIRIGEANT/ENCADRANT/OFFICIEL	35€

### OPTIONS

Demandeurs d'emploi (sur justificatif)	- 50€
A partir de la 3ème licence par famille	- 50€ puis - 100€
Section sportive (collèges en convention) Convention CE : CMCAS, CSPCG 13, DCNS	Nous contacter

### INFORMATIONS

Afin de faciliter la gestion des inscriptions nous vous demandons de respecter ce fonctionnement :

- Remise des dossiers **complets** au siège du club, ou par courrier, ou à Olivier JOUVE (stade Roger Couderc), à Loulou et Jean-Louis AUDIBERT (stade Jean Bouin), à Lucas PEREZ et Laurent MANNEVEAU (stade Delort et Luminy) ou aux membres du Bureau du club le samedi matin à Luminy.
- Le paiement peut s'effectuer en plusieurs fois. Nous prenons la carte Collégiens de Provence.



#### SCO STE MARGUERITE

1 boulevard de la Pugette  
13009 MARSEILLE

04 91 75 24 24

e-mail administratif : sco.athle@laposte.net

e-mail technique et sportif : scoathle@gmail.com

**SCOATHLE-MARSEILLE.FR**



# RENOUVELLEMENT DE LICENCE

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ " QS-SPORT "

**ATTENTION : Merci de vous assurer que vous n'avez pas déjà présenté trois années de suite un questionnaire de santé.**

Ce questionnaire de santé 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.

<b>NOM :</b>	<b>PRÉNOM :</b>
--------------	-----------------

**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 inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

Fait à .....Le .....



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

--

**CERTIFICAT MÉDICAL  
POUR L'ATHLÉTISME**  
**(compétition, running, découverte et marche nordique compétition)**

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 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 anti-dopage.

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

**Fait à .....**

**Le .....**

**Signature et cachet du médecin**

# CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA MARCHÉ NORDIQUE ET LE SPORT SANTÉ

## (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 :**

LA MARCHÉ NORDIQUE

L'ATHLE SANTÉ

### RECOMMANDATIONS MÉDICALES

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 et cachet du médecin**