



# ASSM ATHLÉTISME

## FORMULAIRE D'ADHÉSION - SAISON 2026-2027

**IMPORTANT : Cochez la catégorie qui correspond :**

☐ Je suis MINEUR : Remplir SECTIONS 1, 2, 3, 4

☐ Je suis MAJEUR : Remplir SECTIONS 1, 3, 5

### SECTION 1 : INFORMATIONS DE L'ATHLÈTE

NOM (en majuscules) .....

PRÉNOM .....

Date de naissance .....

Lieu de naissance .....

Nationalité .....

Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse .....

Code postal et Ville .....

Téléphone personnel (si majeur) .....

### SECTION 2 : RESPONSABLE LÉGAL (MINEURS UNIQUEMENT)

Qualité ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur(trice)

NOM (en majuscules) .....

PRÉNOM .....

Adresse .....

Téléphone fixe ou mobile .....

### SECTION 3 : INFORMATIONS MÉDICALES

Particularité médicale ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Asthme ☐ Autre : .....

Allergie(s) .....

Traitement(s) en cours .....

Contre-indication médicale ☐ Oui ☐ Non (à préciser si oui : .....) .....

Personne à prévenir en cas d'urgence .....

Téléphone d'urgence .....



#### SECTION 4 : AUTORISATION PARENTALE (MINEURS UNIQUEMENT)

Je, soussigné(e), parent/tuteur de l'athlète mentionné(e) ci-dessus, autorise :

- ☐ mon enfant à pratiquer l'athlétisme au sein d'ASSM ATHLÉTISME pour la saison 2026-2027 et à participer aux compétitions
- ☐ mon enfant à participer aux sorties hors compétitions organisées par le club (sous couvert de l'assurance responsabilité civile des parents)
- ☐ les responsables d'encadrement à prendre, si nécessaire, toutes mesures urgentes (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant
- ☐ mon enfant à prendre place dans une voiture particulière pour effectuer les déplacements liés aux compétitions sportives, amicales ou aux loisirs
- ☐ la diffusion de photographies de mon enfant sur le site internet du club et autres supports de promotion
- ☐ Je m'engage à venir chercher mon enfant au local de l'athlétisme et non au portail du stade. Le club décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident.

#### SECTION 5 : JUSTIFICATIF SANTÉ (MAJEURS UNIQUEMENT)

Cochez l'option qui vous concerne :

- ☐ J'ai mon PPS (Pass Prévention Santé), dont le numéro est : .....
- ☐ J'ai un certificat médical, je le fournirai en original (moins de 1 an)

*Pas encore de PPS ? Allez sur <https://pps.athle.fr> (5€, valable 1 an)*

#### SECTION 6 : DONNÉES PERSONNELLES ET CONSENTEMENT

Les données personnelles vous concernant seront collectées et traitées informatiquement par ASSM ATHLÉTISME et la FFA. Elles seront stockées sur SIFFA et publiées sur le site FFA (fiche athlète).

- ☐ J'autorise ASSM ATHLÉTISME à transmettre mes données à la FFA et la Ligue Athlétisme Nouvelle-Aquitaine
- ☐ J'autorise le club et la FFA à me transmettre des informations par courrier, mails et SMS

*Je suis informé(e) de mon droit d'accès, de communication, de rectification et de suppression de mes données personnelles en contactant le club par mail [assm.athle.st.medard33@gmail.com](mailto:assm.athle.st.medard33@gmail.com)*



## SECTION 7 : DOCUMENTS À FOURNIR

☐ Ce formulaire d'adhésion signé

### MINEURS UNIQUEMENT :

☐ Questionnaire de santé FFA (rempli et signé)

☐ Certificat médical (si réponse OUI au questionnaire)

### MAJEURS UNIQUEMENT:

☐ PPS (numéro ou PDF) OU Certificat médical

### COTISATION ANNUELLE : 100€

*(Entraînements, compétitions, part fédérale FFA, Ligue et Comité)*

### SIGNATURE(S)

#### POUR LES MINEURS :

Signature du parent/tuteur :

.....

Mention « lu et approuvé »

.....

Date

.....

Signature de l'enfant :

.....

Date

.....

#### POUR LES MAJEURS:

Signature

.....

Mention « lu et approuvé »

.....

Date

.....

**Questions ? Contactez le club**

# 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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                              | Ton âge : __ __ ans      |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |                          |
| Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |
| 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 ?                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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.)                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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.