



L'ISLE-ADAM ATHLETIQUE CLUB

Bulletin d'inscription Saison 2021-2022

Bulletin d'inscription à compléter intégralement pour tous, anciens et nouveaux adhérents

Nom		Date de naissance	
Prénom		N° de licence	

Adresse		Sexe	Nationalité
Catégorie	Montant de la cotisation : Souhaitez-vous une facture ?	N° de tél :	
Mail obligatoire **bien lisible**			

Je souhaite acheter le sweat du club 30€ (faire un chèque différent de la cotisation à l'ordre de : IAAC) Taille _____

Autorisations Parentales :

Je soussigné (nom, prénom) _____, agissant en tant que parent, représentant légal de l'enfant _____, autorise :

- Mon enfant à participer à l'ensemble des activités (entraînements, déplacements ou compétitions) que le club organise.
- Le prélèvement sanguin dans le cadre d'un contrôle anti dopage.
- Les entraîneurs et dirigeants du club à prendre les mesures qu'ils jugeront nécessaires en cas d'accident survenant lors d'entraînements ou de compétitions.
- Les entraîneurs, les dirigeants ou les parents volontaires à transporter mon enfant lors des déplacements quand je ne peux le faire moi-même.
- Le club à utiliser son image dans le cadre des différents médias pouvant servir à sa promotion (réseaux sociaux, site internet, journaux etc...)

Autorisation d'image pour les majeurs :

Je soussigné _____, autorise le club à utiliser mon image dans le cadre des différents médias pouvant servir à sa promotion.

J'ai bien pris connaissance du règlement qui est en ligne sur le site du club www.iaac.info et je l'accepte.

Date et signature : _____ D'un représentant légal pour les mineurs Nom/ Prénom/ Qualité :

Attention :

A réception du mail de la FFA intitulé : **e-licence**, vous devez l'ouvrir et valider l'assurance en cliquant sur le lien afin d'être réellement licencié et assuré. Ensuite vous recevrez par mail votre licence à imprimer.

L'ISLE-ADAM ATHLETIQUE CLUB

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT 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
Depuis l'année dernière		OUI NON
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"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
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"/>
Aujourd'hui		
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"/>
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 ?		<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 ? (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.

Date et signature :	D'un représentant légal pour les mineurs Nom/ Prénom/ Qualité :
----------------------------	--