

**Avantages Pôle Santé :**

(Inclus dans la licence)

Diététicienne à tarif préférentiel

Accès à des séances d’ostéopathie sur le stade Maradas Joël Motyl (tarif réduit)

Accès à un Kinésithérapeute sur le stade Maradas Joël Motyl (carte vitale obligatoire)

Séances multiniveaux

Marche Nordique

**FICHE**

**D’INSCRIPTION**

*LICENCE*

*2 0 2 3 /2 0 2 4*

**Licence athlétisme**

**Avantages & tarifs**

**Type d’inscription**

**Nouveau licencié**

**Renouvellement**

**N° de licence si renouvellement**

**Sites**

**200,00**

**€**

Course

Renforcement musculaire

Accès aux infrastructures

Accès halle selon plannings

**Licence réservée au personnel de l’Hôpital NOVO**



**Je pratique la compétition, je souhaite acheter le maillot du club (15€ )**



**Oui**

**Non**



Pontoise Magny-en-Vexin Aincourt Beaumont-sur-Oise Saint-Martin-du-tertre



# Mode de règlement

**Espèces**

**Chèques**

**Carte bancaire (site)**

**CAF - Pass’ Loisirs**

**Chèques vacances**

**Coupon Sport**



**Comité d’entreprise**

Les chèques sont à libeller à l’ordre de l’EACPA (possibilité de payer en 3 fois, dernière échéance janvier 2023)

# Informations personnelles

**F I C H E**

**D’ I N S C R I PT I O N**

# *L I C E N C E 2 0 2 3/ 2 0 2 4*

## Autorisations & assurances

*J’accepte l’assurance individuelle accident et assistance de la FFA (comprise dans le prix de la licence)*

*Je refuse l’assurance individuelle accident et assistance de la FFA*

*Je désire une attestation de paiement de la cotisation (joindre*

***obligatoirement***

*une enveloppe timbrée avec nom et adresse)*

*J’autorise le club à créer et diffuser des contenus contenant mon image à des fins non commerciaux*

*Je certifie l’exactitude de ces information*

*s et accepte pleinement les règlements de la Fédération Française d’Athlétisme et ceux de l’EACPA.*



*Date et Signature de l’athlète et/ou du représentant légal :*

## Certificat médical

**Je soussigné, Docteur**

**Certifie avoir examiné ce jour : Mr, Mme, Mlle :**

**Et n’avoir constaté aucun signe clinique apparent de contre-indication à la pratique du sport en**

**compétition.**

**Fait à :**

**Le :**

**Cachet obligatoire et signature du Médecin :**

**Certificat délivré sur la demande du patient et remis en main propre -**

**CERTIFICAT MEDICAL ORIGINAL OBLIGATOIRE DE MOINS DE 3 MOIS à la date de prise**

**de la licence avec la mention: « absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition »**

**(**

**Article L 231-2 et 231-2-2 du Code du Sport**

**)**

**Identité adhérent**

**Questionnaire santé**

**Nom :**

**Prénom :**

**N° de licence si renouvellement**

# F I C H E

**D’ I N S C R I PT I O N**

*L I C E N C E*

## *2 0 2 3 / 2 0 2 4*



**Encart réservé au club**

**Règlement cotisation :**

**Montant :**

**N° chèques :**

**Nom du titulaire :**

**VISA représentant club :**

**Chèques**



**Espèces**



**Coupon sport**



**Pass’ loisirs**



**ANCV**



**Banque :**

*Signature :*

*Cachet :*

**Pour les mineurs** : Pas besoin de certificat médical si : le représentant légal du mineur atteste que le questionnaire de santé a été rempli avec le mineur et qu’aucune réponse ne donne lieu à un examen médical. Dans le cas contraire, un certificat médical sera nécessaire pour la prise de licence. Pour un renouvellement le questionnaire sera à valider sur l’espace licencié.

|  |
| --- |
| *Date et Signature de l’athlète et/ou du représentant légal :* |

**Pour les majeurs :** Pour une première prise de licence d’un majeur : Le certificat médical doit être fourni obligatoirement. Pour un renouvellement de licence d’un majeur : Le licencié devra valider le questionnaire de santé (à condition que le certificat médical n’ait pas été utilisé pour plus de 2 renouvellements sur son espace du licencié.

**Oui/Non**

**Durant les 12 derniers mois :**

Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ?

Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

Avez-vous eu une perte de connaissance ?

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 ?

Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

**A ce jour :**

**Oui/Non**

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 ?

(

Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

Je refuse de répondre au questionnaire et je présenterai un nouveau certificat médical.



**Je déclare répondre NON**

à chaque question et je serai éventuellement dispensé de la présentation d’un nouveau certificat médical

**Je déclare répondre OUI**

à au moins l’une des questions et je devrai présenter un nouveau certificat médical

**Je refuse**

de répondre à ces questions, et je devrais présenter un nouveau certificat médical

NB : les réponses formuées relèvent de la seule responsabilité du

licencié pour les majeurs et du responsable légal pour les mineurs