



Sections locales

AS Saint-Brice-Courcelles Athlétisme

E.S.A Witry-lès-Reims

AC Foulées Aquatinciennes



Dossier d'inscription 2025/2026



## Infos licence 2025/2026

La saison 2025/2026 va du **1<sup>er</sup> septembre 2025 au 31 août 2026**.

### Cotisation et aide au paiement

**Les règlements par chèque devront être libellés à l'ordre de l'Efsra (ou de l'ASSBC Athlétisme pour les adhérents à la section locale de Saint-Brice-Courcelles ou de l'ESA Witry pour les adhérents de la section locale de Witry-Lès-Reims). Des aides au paiement sont possibles (voir «ci-dessous»).**

|                   | RENOUVELLEMENT    |                   | NOUVEL ADHÉRENT   |                   |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                   | Jusqu'au 30/09/25 | après le 30/09/25 | Jusqu'au 30/09/25 | après le 30/09/25 |
| Licence Athlé     | 230 €             | 250 €             | 275 €             | 295 €             |
| Licence Dirigeant | 115 €             | 135 €             | 115€              | 135 €             |

### LA COTISATION COUVRE :

- ✓ L'accès au stade, vestiaires et à la salle couverte (salle Cambien) du stade Georges Hébert, **aux créneaux réservés par le club**
- ✓ L'accès à la salle de musculation du stade Georges Hébert, **sous contrôle d'un entraîneur.**
- ✓ La licence
- ✓ La couverture d'assurance fédérale
- ✓ Pour les U7, U10, U12, U14 et U16 : **un tee-shirt «Ecole d'Athlé»** est compris dans la Licence
- ✓ Les inscriptions (et déplacements, sur accord préalable du président) pour les compétitions prises en charge par le club (signalées par un pictogramme sur le calendrier disponible sur notre site internet) et autorisées par la licence
- ✓ **Inscriptions gratuites à toutes les compétitions organisées par le club** (Corrida de Betheny, 10Km de St-Brice Courcelles, Orgeval Dans les Starts, Les Petites Foulées de Maison Blanche, Cross de Witry-Lès-Reims, Trail des Tordus, Cross Régional de Reims, Compétitions Pistes Régional)
- ✓ **Pour les athlètes qualifiés aux Championnats de France** (stade, salle, marche, 10km, semi-marathon, marathon, 100km, trail, cross-country, course en montagne, marche nordique), le déplacement est pris en charge dans une limite, pour chaque épreuve, fixée par le Comité Directeur.

### TARIF FAMILIAL DEGRESSIF

**10% sur la deuxième licence, 20% sur la troisième licence, 50% sur la quatrième licence et au-delà.** Cette réduction concerne les personnes d'un même ménage (conjoint, parents + enfants à charge, frères et sœurs à charge des parents) pour l'année considérée et non pas pour la deuxième ou troisième année d'inscription au club. **Ces tarifs s'appliquent de la plus forte cotisation à la moins forte.**

### AIDES AU PAIEMENT

- ✓ **Les pass'loisirs de la CAF.** Ils viennent en déduction du coût de la cotisation. Code à communiquer avec le dossier.
- ✓ **Les coupons sport éventuellement délivrés par les C.E.**
- ✓ **Les chèques vacances** (attention à la date de validité !)
- ✓ **Le paiement échelonné :** signaler votre souhait au secrétariat en déposant votre dossier. Joindre à ce dossier **le montant total de la cotisation** au moyen de plusieurs chèques en indiquant pour chaque, la date de tirage souhaitée.
- ✓ **Le dispositif gouvernemental Pass'Sport** (jusqu'au 31 octobre 2025).

### Catégories d'âge

**Attention : Les changements de catégories se font au 1<sup>er</sup> septembre**

**U7 Baby Athlé :** 2020/2021/2022  
**U10 Eveil athlétique :**  
 2017/2018/2019  
**U12 Poussins :** 2015/2016

**U14 Benjamins :** 2013/2014  
**U16 Minimes :** 2011/2012  
**U18 Cadets :** 2009/2010  
**U20 Juniors :** 2007/2008

**U23 Espoirs :** 2004/2005/2006  
**Seniors :** 1992 à 2003  
**Masters :** 1991 et avant

## Pièces à joindre au dossier

- ✓ 1 photo
- ✓ copie du livret de famille ou d'une pièce d'identité (Obligatoire)

- ✓ 4 timbres autocollant au tarif «lettre prioritaire» en vigueur (fonctionnement secrétariat)

## Secrétariat

**Adresse :** EFS Reims Athlétisme  
25 rue Raymond Poincaré  
51100 REIMS  
**Tel :** 03 26 09 22 41  
**E-mail :** [accueil@efsra.com](mailto:accueil@efsra.com)  
**Site internet :** [www.efsra.com](http://www.efsra.com)

### Horaires d'ouverture du secrétariat :

(Sous réserve de modification)

#### Lundi-Jeudi-Vendredi :

9h30-17h30

#### Mardi-Mercredi :

11h00-19h00

### Sections locales de Witry-lès-Reims et Tinquaux :

Renseignements au secrétariat de l'Efsra

### Section locale de St-Brice-Courcelles :

ASSBC Athlétisme - 13 place Boris Vian  
51370 Saint-Brice-Courcelles

**Tel :** 03 26 87 57 76 / 06 33 76 45 81

**E-mail :** [assbc.athle@free.fr](mailto:assbc.athle@free.fr)

**Blog :** <http://assbcathle.over-blog.fr>

## Formalités médicales

Pour les adhérents majeurs licenciés à la FFA, le certificat médical est remplacé par le Parcours Personnel de Santé (PPS) accessible sur votre espace licencié (code d'accès reçu par mail en provenance de e-licence).

Il en est de même pour les mineurs, sauf si réponse oui à l'une des questions. Dans ce cas, un certificat médical de moins de 6 mois est nécessaire.

Pour les adhérents d'une autre fédération (UFOLEP par exemple) le certificat médical ou le questionnaire de santé restent d'actualité.

## Assurance

L'assurance comprise dans la licence couvre la responsabilité civile, mais n'ouvre pas droit aux indemnités en cas d'arrêt de travail consécutif à la pratique de votre sport. Si vous souhaitez en bénéficier, il est indispensable de vous doter d'une assurance personnelle.

Pour les athlètes salariés qui souhaitent contracter une assurance complémentaire pour indemnités journalières en cas de cessation de travail suite à un accident sportif : le préciser au moment de l'inscription au secrétaire général qui vous donnera le tarif.

**Toujours souscrire à l'assurance individuelle accident**, son coût est inclus dans la cotisation.

## Lutte contre le dopage

### CONTRÔLES ANTI-DOPAGE

Dans le cadre de la lutte contre le dopage **des contrôles peuvent être effectués à tout moment**.

**Ils concernent tous les athlètes quel que soit leur niveau ou leur catégorie d'âge** (même les plus jeunes sont concernés). Ils peuvent être effectués au cours d'une compétition ou à l'entraînement.

### IMPORTANT

- ✓ **Signalez bien à votre médecin que vous faites du sport en compétition.** Il possède la liste des produits interdits. S'il est obligé de vous prescrire l'un d'entre eux ou si votre état nécessite un traitement régulier, cela doit être soumis à autorisation ou faire l'objet d'une **déclaration d'usage à des fins thérapeutiques** auprès de l'AFLD (Agence Française de la Lutte contre le Dopage).

- ✓ **La prise de Ventoline** n'est plus soumise à autorisation ou déclaration d'usage à des fins thérapeutiques auprès de l'AFLD, une prescription médicale reste cependant nécessaire dans le cadre de votre pratique sportive.

- ✓ **ATTENTION À L'AUTOMÉDICATION.** En cas du moindre doute, demandez l'avis d'un médecin.

- ✓ Un athlète contrôlé positif peut encourir **jusqu'à quatre ans de suspension**.

- ✓ Vous pouvez consulter **la liste des produits interdits** au secrétariat du club et sur les sites internet :
  - du Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative ([www.santesport.gouv.fr](http://www.santesport.gouv.fr)) - ou
  - de l'Agence Française de la Lutte contre le Dopage ([www.aflld.fr](http://www.aflld.fr)).

**Vous prenez des médicaments ?  
Vous faites de la compétition ?  
Prévenez votre médecin !**

## Honorabilité des encadrants

Tout adhérent licencié, amené, de manière permanente ou occasionnelle, à occuper, une fonction d'encadrant (dirigeant, entraîneur, officiel, escorte ou délégué antidopage, ou toute fonction d'encadrement...) au sein du club, que cette fonction soit exercée à titre bénévole ou rémunéré, délivrera systématiquement au club un extrait de casier judiciaire (Bulletin N°3), de moins d'un mois, avec son dossier d'adhésion.

Lien ici : <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr>

Des données personnelles particulières peuvent être recueillies afin de les croiser avec celles du Fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJASV).

## Soutiens ton club

Adhérer à une association c'est non seulement adhérer à son projet club, mais c'est aussi participer à son quotidien, à son soutien. La crise que nous traversons nécessite un soutien solidaire fort aux clubs sportifs. La Fondation du Sport Français, le CNOSF et le CPSF lancent l'opération solidaire «Soutiens Ton Club», une plateforme solidaire de dons au bénéfice des clubs sportifs.

L'EFSRA a rejoint cette plateforme. Vous pouvez faire un don solidaire de soutien au club, déductible des impôts. Le don minimum est de 50 €. La quasi-totalité est reversée au club (la différence couvrant les frais de gestion de la plateforme).

Un certificat fiscal vous est adressé permettant une déduction fiscale de 66% du don sur vos impôts.

Pour donner suivez le lien [www.soutienstonclub.fr](http://www.soutienstonclub.fr)

## Boutique

✓ **Le maillot de compétition de l'Efsra** est obligatoire sur les championnats départementaux, régionaux, interrégionaux et nationaux. Soyez fier également de porter les couleurs du club sur toutes les compétitions auxquelles vous participez tout au long de la saison. Vous pouvez acheter les tenues officielles de l'Efsra directement au secrétariat du club (produits disponibles tout au long de l'année).

✓ Le club a également créé une «**Boutique Efsra**» avec différents produits techniques pour l'entraînement floqués «Efsra».

Plus d'infos sur le site du club : [www.efsra.com](http://www.efsra.com) (Rubrique « Boutique »)

## Bénévolat

L'Efsra est une **association loi 1901** dirigée par des **bénévoles** et qui compte près de **1200 licenciés**. En adhérant à l'Efsra, vous avez la possibilité de participer à la vie du club, en apportant votre aide sur une ou plusieurs des nombreuses compétitions et événements que nous organisons, en intégrant l'une de nos commissions (organigramme disponible au secrétariat) ou le comité directeur, en encadrant et/ou en accompagnant nos jeunes, en vous engageant en tant que juge (les formations sont prises en charge par le club), etc... **Merci d'avance de contribuer à la vie et au rayonnement du club !**

**On compte sur vous !**

**Si vous êtes disponible et intéressé(e), signalez-le dans la fiche de renseignements de votre dossier d'inscription.**

## Parrainage 2025/2026

| LE PARRAIN        | LE FILLEUL*       |
|-------------------|-------------------|
| Nom : _____       | Nom : _____       |
| Prénom : _____    | Prénom : _____    |
| Signature : _____ | Signature : _____ |

Vous pouvez participer à la vie du club et à son développement en devenant **ambassadeur de l'Efsra !** Faites découvrir à vos proches nos différentes activités et bénéficiez lors de l'adhésion de votre filleul d'un **bon d'achat chacun de 10€ sur la boutique Efsra**. Vous avez la possibilité de cumuler les bons sans limite de nombre (20€ pour deux filleuls adhérents, 30€ pour trois etc...) Pour participer à l'opération, déposez ce coupon dûment rempli au secrétariat du club.



## Demande d'adhésion Adulte 2025/2026

Choisir la section à laquelle vous souhaitez appartenir (cochez une seule case) :

**EFS REIMS**  
**ATHLÉTISME**  
Club maître à Reims

**E.S.A**  
**Witry-Lès-Reims**  
Section locale de l'Efsra  
à Witry-lès-Reims

**ASSBC**  
**Athlétisme**  
Section locale de l'Efsra  
à Saint-Brice-Courcelles

**AC Foulées**  
**Aquatinciennes**  
Section locale de  
l'Efsra à Tinquaux

### 1 Partie administrative

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Ville et code postal de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

#### > Pour les résidents rémois, dans quel quartier résidez-vous ?

Barbâtre, Saint-Rémi, Verrerie

Charles Arnould, Clairmarais

La Neuville, Trois Fontaines

Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris

Châtillons

Laon-Zola, Neufchâtel, Orgeval

Centre Ville

Chemin Vert, Clémenceau, Europe

Maison Blanche, Sainte Anne, Wilson

Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurès

Croix Rouge, Haut de Murigny

Murigny

### 2 Ma licence

Je renouvelle ma licence

C'est ma 1<sup>ère</sup> licence

Licence FFA

Licence UFOLEP

Licence Fédération Française Sport Adapté

Licence Fédération Française Handisport

**Licence Athlé Compétition (toutes compétitions)**

Faire remplir par votre médecin le certificat médical «Compétition»

**Licence Athlé Running (hors championnat)**

Faire remplir par votre médecin le certificat médical «Compétition»

**Licence Athlé Santé**

Faire remplir par votre médecin le certificat médical «Athlé Santé»

**Licence Dirigeant**

Pas besoin de certificat médical

#### > Pour le running et accompagnement running

Afin de recevoir les informations qui concernent votre groupe running, merci de préciser celui dont vous faites ou voulez faire partie :

**Chantal Téron**  
Witry-lès-Reims

**Section**  
**Running/Trail**

**Accompagnement**  
**running (Florie)**

Discipline(s) pratiquée(s) : \_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_

Nom du club de la saison dernière : \_\_\_\_\_ N° de licence : \_\_\_\_\_

Nom de l'entraîneur : \_\_\_\_\_ Date du certificat médical : \_\_\_\_\_

**Je sollicite une licence pour la pratique de l'athlétisme pour la saison 2025/2026 :**

J'autorise le club à utiliser dans le cadre de son site internet et de ses publications, des photos me concernant prises au cours des activités proposées par le club ou lors de compétitions.

**Loi informatique et libertés (loi du 6 janvier 1978)**

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'**EFSRA** pour **constituer une liste des adhérents du club pour la communication des infos de la vie du club**. Elles sont conservées pendant **3 ans** et sont destinées **aux membres du comité directeur et salariés habilités**.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **contact@efsra.com**

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Conformément aux dispositions des articles 38 à 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, et aux dispositions des articles 15, 16, 17 et 21 du Règlement général européen sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez :

- du droit de demander au responsable de traitement l'accès à vos données, la rectification, l'effacement ou la portabilité de celles-ci, ainsi que la limitation ou l'opposition au(x) traitement(s) mis en œuvre,
- du droit de vous opposer, pour des motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement et sans motifs et sans frais, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale,
- vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle comme la CNIL.

J'autorise que ces informations destinées à la Fédération Française d'Athlétisme soient cédées à des commerciaux.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature

Je souhaite **être bénévole** sur un ou plusieurs des évènements organisés par le club (cochez ci-contre).

# RENOUVELLEMENT DE LICENCE

## QUESTIONNAIRE DE SANTE " QS-SPORT "

Ce questionnaire de santé, **destiné aux personnes majeures**, 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.

**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 inexpliquée ? ☐ ☐

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

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

4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? ☐ ☐

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 ? ☐ ☐

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

**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 ? ☐ ☐

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

9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? ☐ ☐

**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.

Date

Nom du licencié :

Signature du licencié :

# Certificat médical - Compétition

**Certificat médical pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport**  
(Licence Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Running, Pass Running)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

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

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

Et n'avoir constaté, à ce jour, de contre-indication à 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 (AUT) en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

# Certificat médical - Athlé Santé

**Certificat médical pris en application de l'article L. 231-2-2 du Code du Sport**  
(Licence Athlé Santé)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

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

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

Et n'avoir constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme.

**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 (AUT) en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

## Article 2.1.2 des Règlements généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent une Licence, à l'exclusion des non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), **doivent produire un certificat médical de non contre-indication** à la pratique de l'«athlétisme» ou de l'«athlétisme en compétition» selon leur Licence.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et **doit être daté de moins de six mois** au moment où la demande de création ou de renouvellement de la carte d'adhérent.



## Demande d'adhésion Mineur 2025/2026

Choisir la section à laquelle vous souhaitez appartenir (cochez une seule case) :

**EFS REIMS**  
**ATHLÉTISME**  
Club maître à Reims

**E.S.A**  
**Witry-Lès-Reims**  
Section locale de l'Efsra  
à Witry-lès-Reims

**ASSBC**  
**Athlétisme**  
Section locale de l'Efsra  
à Saint-Brice-Courcelles

**AC Foulées**  
**Aquatinciennes**  
Section locale de  
l'Efsra à Tinquaux

# 1

## Partie administrative

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Nationalité: \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Ville et code postal de naissance: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Email Athlète: \_\_\_\_\_ Téléphone Athlète: \_\_\_\_\_

Téléphone mère : \_\_\_\_\_ Téléphone père : \_\_\_\_\_

Email Mère: \_\_\_\_\_ Père: \_\_\_\_\_

Profession Mère : \_\_\_\_\_ Père : \_\_\_\_\_

### > Pour les résidents rémois, dans quel quartier résidez-vous ?

Barbâtre, Saint-Rémi, Verrerie

Charles Arnould, Clairmarais

La Neuville, Trois Fontaines

Bois d'Amour, Courlancy, Porte de Paris

Châtillons

Laon-Zola, Neufchâtel, Orgeval

Centre Ville

Chemin Vert, Clémenceau, Europe

Maison Blanche, Sainte Anne, Wilson

Cernay, Epinettes, Jamin, Jaurès

Croix Rouge, Haut de Murigny

Murigny

# 2

## Ma licence

Je renouvelle ma licence

C'est ma 1<sup>ère</sup> licence

Licence FFA

Licence UFOLEP

Licence Fédération Française Sport Adapté

Licence Fédération Française Handisport

**Licence Athlé Compétition (2014 et avant)**

Faire remplir par votre médecin le certificat médical «Compétition»

**Licence Athlé Découverte (nés de 2015 à 2022)**

Faire remplir par votre médecin le certificat médical «Baby Athlé»  
pour les Baby Athlé et «Compétition» pour les EA et poussins.

Catégorie: \_\_\_\_\_ N° de licence: \_\_\_\_\_

Date du certificat médical : \_\_\_\_\_

Nom du club de la saison dernière : \_\_\_\_\_

## > Autorisation des parents ou du tuteur légal pour les mineurs

### Pratique de l'athlétisme

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, autorise mon fils ou ma fille \_\_\_\_\_ à pratiquer l'athlétisme et faire des compétitions à l'EFS Reims Athlétisme pour la saison 2025/2026.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature

Autorise le club à faire hospitaliser mon fils/ma fille en cas d'urgence suite à un accident occasionné pendant l'entraînement, les compétitions et les sorties organisées par le club durant toute la saison en cours.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature

### Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs

Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné(e) \_\_\_\_\_, 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.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature

## Je sollicite une licence pour la pratique de l'athlétisme pour la saison 2025/2026 :

J'autorise le club à utiliser dans le cadre de son site internet et de ses publications, des photos me concernant prises au cours des activités proposées par le club ou lors de compétitions.

### Loi informatique et libertés (loi du 6 janvier 1978)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'EFSRA pour **constituer une liste des adhérents du club pour la communication des infos de la vie du club**. Elles sont conservées pendant **3 ans** et sont destinées **aux membres du comité directeur et salariés habilités**.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : **contact@efsra.com**

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Conformément aux dispositions des articles 38 à 40 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, et aux dispositions des articles 15, 16, 17 et 21 du Règlement général européen sur la protection des données (RGPD), vous bénéficiez :

- du droit de demander au responsable de traitement l'accès à vos données, la rectification, l'effacement ou la portabilité de celles-ci, ainsi que la limitation ou l'opposition au(x) traitement(s) mis en œuvre,
- du droit de vous opposer, pour des motifs légitimes à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement et sans motifs et sans frais, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale,
- vous avez enfin la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle comme la CNIL.

J'autorise que ces informations destinées à la Fédération Française d'Athlétisme soient cédées à des commerciaux.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature

Je souhaite **être bénévole** sur un ou plusieurs des événements organisés par le club (cochez ci-contre).

# 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 par 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 |                                    |                                    |
| <b>Ton nom :</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    | <b>Ton prénom :</b>                |
| 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"/>           |
| As-tu été opéré(e) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                                                                                                                           |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment ta séance de sport ?                                                                                                                                                                                                                      |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                                                                                                                             |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                                                                                                                              |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                                                                                                                               |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |                                    |
| Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | <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"/>           |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |                                    |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                                                                                                                            |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                    |
| Quelqu'un de 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"/>           |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | <input type="checkbox"/>           |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (2,3,4,5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans, entre 15 et 16 ans)                                                                                                                                                                   |                                    | <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. Consulter 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.

Date :

Signature du représentant légal :

# Certificat médical - Compétition

**Certificat médical pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport**  
(Licence Athlé Compétition, Athlé Découverte)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

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

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

Et n'avoir constaté, à ce jour, de contre-indication à 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 (AUT) en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

# Certificat médical - Baby Athlé

**Certificat médical pris en application de l'article L. 231-2-2 du Code du Sport**

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

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

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

Et n'avoir constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme.

**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 (AUT) en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.**

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

## **Article 2.1.2 des Règlements généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :**

Les personnes qui demandent une Licence, à l'exclusion des non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), **doivent produire un certificat médical de non contre-indication** à la pratique de l'«athlétisme» ou de l'«athlétisme en compétition» selon leur Licence.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et **doit être daté de moins de six mois** au moment où la demande de création ou de renouvellement de la carte d'adhérent.