



SECTION DEMANDÉE

Badminton

Gymn'détente

LoisirsDétente

Danse.....

Gymnastique.....

Vitality Boost Gym-Douce

Pétanque

Vélo

Modern'Jazz .

Volley-ball

Renf. musculaire Gym Cardio

Randonnée ..

Stretching .

Etirements stretching Pilâtes .

Zumba .

Tai-chi Chuan .. Yoga

Licence : Création : Renouvellement : Numéro :

ADHERENT :

Merci d'écrire très lisiblement vos N° de téléphone, date (s) de naissance(s) et adresse(s) mail(s)

Madame Monsieur Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Nom jeune fille :

Adresse⁽¹⁾ N°

Code Postal

Ville

N° de téléphone fixe : / / / /

N° téléphone portable : / / / /

Adresse mail : ⁽²⁾

Profession :

REPRESENTANT LEGAL : REMPLIR la partie "REPRESENTANT LEGAL" si l'ADHERENT EST MINEUR

Je soussigné Mme / M (Nom/Prénom) /

Adresse du représentant légal (si différente de l'adhérent)

Adresse⁽¹⁾ N°

Code Postal

Ville

N° de téléphone fixe : / / / /

N° téléphone portable :⁽¹⁾ / / / /

Adresse mail : ⁽²⁾

J'autorise, l'Alerte Saint Jean et ses responsables à faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical que l'état de mon enfant nécessiterait pour tout accident survenu au cours d'entraînement ou lors de compétitions pour la saison.

DROIT A L'IMAGE :

J'autorise l'Alerte Saint Jean à utiliser les photos me concernant prises lors de compétition ou les entraînements, pour une diffusion sur tous supports connus et futurs : presse écrite, réseaux sociaux et site internet.

Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image. En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable, que l'image soit préjudiciable ou non. Vous pouvez retirer cette autorisation à tout moment en vous adressant au secrétariat du club. Font exception à cette règle les photos de foule ou la personne n'est pas le sujet central ou bien les photos prises de loin ou de dos.

Montant

Cotisation :

€

PASS' LOISIRS :

€

Espèces :

€

PASS' SPORTS :

€

Chèque :

€

Coupon(s) Sport :

€

Nom de la Banque :

Chèque(s)-Vacances :

€

(Chèque à établir à l'ordre de l'Alerte Saint Jean)

Attestation de paiement :

Fait à :

Photo :

Le : / /

Certificat médical ⁽³⁾ Adulte : Mineur :

(Signature de l'adhérent ou de son représentant)

Attestation médicale (QS) Adulte : Mineur :

En date du : / /

(1) En cas de changement, merci de nous en informer

(2) Écrire très lisiblement en MAJUSCULES

(3) En fonction des sections, (remplir le questionnaire de santé et vous donnez l'attestation médicale si toutes les réponses son NON, si un OUI, alors le certificat Médical est obligatoire).



Cher Adhérent,

L'Alerte Saint Jean assure ses adhérents au titre de la « Responsabilité Civile » - « Défense et Recours » et conformément à la loi N°2022- 296 du 02 mars 2022- art 35 nous sommes obligés de vous proposer différentes Garanties en ce qui concerne les indemnités contractuelles en cas d'accident corporel.
Vous voudrez bien de ce fait remplir la déclaration ci-dessous.

DECLARATION de L'ADHERENT

Je soussigné, Nom :

Prénom :

Responsable légal de l'enfant - Nom :

Prénom :

Adhérent de la section :

: Badminton / : Danse / : Gymnastique / : Gymnastique détente / : Loisirs Détente / : Volley-ball

De l'ALERTE SAINT JEAN déclare :

(Cocher la case utile)

- refuse de souscrire à l'une des options « indemnités contractuelles » figurant au tableau ci-dessous
- souscrire à l'option « 1 » pour un montant supplémentaire de 3,30 euros
- souscrire à l'option « 2 » pour un montant supplémentaire de 4,60 euros
- souscrire à l'option « 3 » pour un montant supplémentaire de 6,20 euros
- estime que les montants de garanties contractuelles proposées ci-dessous sont insuffisantes au regard des conséquences d'un éventuel sinistre. (*)

Fait à :

Le : / /

(Signature de l'adhérent ou de son représentant)

(*) Il est recommandé dans cette hypothèse, de vous adresser à votre Agent Général d'assurances, seul capable de vous proposer un contrat Individuel Accident étudié pour satisfaire vos besoins personnel

OPTION CHOISIE

Indemnités contractuelles par suite d'accident corporel	1" MINI "	2 " MIDI "	3 " MAXI "	FRANCHISE
DECES	15.000 €	20.000 €	40.000 €	NEANT
INCAPACITE PERMANENTE (à partir de 5%)	25.000 €	40.000 €	80.000 €	seuil 5 %
INDEMNITES JOURNALIERES	NEANT	15 €	25 €	4 jours
FRAIS de transport, de recherche et / ou sauvetage	1.500 €	2.500 €	3.500 €	NEANT
FRAIS D'OPTIQUE (par bris)	250 €	350 €	500 €	NEANT
FRAIS DE 1ère PROTHESE DENTAIRE (par dent)	250 €	350 €	500 €	NEANT
FRAIS DE TRAITEMENT COMPLEMENTAIRE	200 % du rembours. des Régimes Sociaux			
FORFAIT HOSPITALIER	selon Règlementation			NEANT
LOCATION DE PROTHESE OU APPAREILLAGES	160 €	160 €	160 €	NEANT
FORFAIT MEDECINE DOUCE	50 €	50 €	50 €	NEANT



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *		OUI	NON
Durant les 12 derniers mois			
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) ?			
A ce jour			
7) 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 ?			
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 ?			
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>			

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



Volet à remettre à l'association

ATTESTATION

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS -SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : _____

Signature de l'adhérent :

--



GdB

Certificat médical de non contre-indication

Formulaire 01

adoption : CEx du 25 et 26 mai 2024
entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2024
validité : permanente
secteur : Performance sociale
remplace : Chapitre 02.01.F1-2023/1

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

ENGAGEMENT DU JOUEUR POUR LE CERTIFICAT MEDICAL

Le badminton est un sport qui peut solliciter intensément les systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la prudence pour la délivrance de ce certificat. Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe chez les séniors et aussi chez les plus jeunes.

Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

La commission médicale de la FFBaD rappelle l'utilité :

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents personnels et familiaux, à la recherche de facteurs de risques : Symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort, anomalies du bilan lipidique, hypertension artérielle, diabète, obésité et antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire.
- d'un examen clinique attentif.
- d'un électrocardiogramme de repos de dépistage à partir de l'âge de 12 ans.

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique, etc. en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque après en avoir apprécié l'importance.

Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence pour la pratique du badminton, y compris en compétition.

Fait le à
*(Signature du joueur ou de son représentant légal,
précédée de la mention « lu et approuvé »)*

La signature de cet engagement est obligatoire, le modèle ci-dessous est recommandé.

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom Prénom

né(e) le :

et, après avoir pris connaissance des recommandations émises par la FFBaD ci-dessus, je certifie que son état de santé ne présente pas de contre indication à la pratique du badminton, y compris en compétition.

Fait le à Signature et cachet du médecin examinateur

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD.