**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**SAISON 2021-2022**

**A RENDRE AVANT LE 26 SEPTEMBRE**

**Entraînements au stade Gérard Armand à partir de la semaine du mercredi 1er septembre :**

**LUNDI :**

* 17h45 à 19h30 : BE

Max 15 enfants (gymnase en hiver)

Entraîneurs : Guillaume

* 17h45 à 19h30 : MI + CA

Max 15 enfants

Entraîneurs : Dominique / Daniel

* 18h à 19h30 : PO1 (ayant déjà pratiqué de l’athlétisme) + PO2

Max 15 enfants (gymnase en hiver)

Entraîneurs : Robert / Sébastien

**MARDI :**

* 19h30 à 21h : Adultes Loisirs Sur les sentiers de la région

Entraîneurs : Florian

**MERCREDI :**

* 14h à 15h30 : EA

Max 12 enfants (pas de gymnase en hiver : annulation en cas de météo exécrable)

Entraîneur : Sonia / Soraya

* 16h à 17h30 : EA + PO1 débutant

Max 12 enfants (pas de gymnase en hiver : annulation en cas de météo exécrable)

Entraîneur : Sonia / Soraya

* 17h45 à 19h30 : BE

Max 15 enfants

Entraîneurs : Guillaume

**MERCREDI :**

* 17h45 à 19h30 : MI + CA

Max 15 enfants (gymnase en hiver)

Entraîneurs : Dominique / Daniel

* 18h à 19h30 : PO1 (ayant déjà pratiqué de l’athlétisme) + PO2

Max 15 enfants (gymnase en hiver)

Entraîneurs : Yann

* 18h à 19h30 : Adultes découverte de la course à pied (découvrir l’athlétisme, mise à la course, étirements, renforcement musculaire)

Max 20 personnes

Entraîneurs : Sonia

**JEUDI**

* 19h30 à 20h45 : Adultes Loisirs Stade Gérard Armand

Entraîneurs : à confirmer

2 essais possibles en septembre, présence des parents obligatoire pour les mineurs nouvellement licenciés

(les enfants seront sous la responsabilité des parents lors de ces séances).

**LES COTISATIONS**

*Conformément aux statuts, sur proposition du comité Directeur, le Conseil d’Administration a délibéré sur les cotisations pour la saison 2021-2022.*

*L’Assurance est incluse dans la licence.*

*Remboursement des frais d’inscription aux compétitions réalisées pour les adultes (maximum 100 € par an). Ce remboursement est soumis à un engagement bénévole lors des courses que nous organisons. (Trail de la Valserine, défi de fort l’écluse) et entièrement pris en charge pour les enfants.*

|  |  |
| --- | --- |
| Licence | 140 € |
| Inscriptions multiples d’une même famille.(pour les licences compétitions) | 240 € pour 2 athlètes340 € pour 3 athlètes440 € pour 4 athlètes |

*Selon les catégories, environ 70 euros sont reversés au comité d’athlétisme de l’Ain et à la FFA. Les 70 € restant nous permettent d’investir dans du matériel et de rembourser certains frais kilométriques aux entraineurs.*

*Paiement par chèque à l’ordre du cabb ou virement bancaire pensez à préciser nom prénom des adhérents.*

*IBAN : FR76 1027 8073 5900 0207 1010 109*

***(Possibilité de paiement en trois versements)***

**Possibilité de commander un sweat à 40 euros**

**LES CATEGORIES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CATEGORIE | CODE | ANNEE DE NAISSANCE |
| Masters | VE | 1983 et avant |
| Seniors | SE | 1984 à 1999 |
| Espoirs | ES | 2000 à 2002 |
| Juniors | JU | 2003 et 2004 |
| Cadets | CA | 2005 et 2006 |
| Minimes | MI | 2007 et 2008 |
| Benjamins | BE | 2009 et 2010 |
| Poussins | PO | 2011 et 2012 |
| École d'Athlétisme | EA | 2013 et 2014 |

# INFORMATIONS NECESSAIRES POUR LA LICENCE

Nom :……………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………….

Date de naissance : ………………………………………………………. Sexe : H / F

Nationalité : ……………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………….………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………….

Email : ………………………………………………………………………………………………

*(Chaque licencié reçoit désormais sa Licence par voie électronique)*

**Personnes à prévenir en cas d’urgence :**

Père : ………………………………… Téléphone : …………………………………

Mère : ………………………………… Téléphone : …………………………………

Autre : ………………………………… Téléphone : …………………………………

Désirez-vous une attestation de paiement (*Comité d’entreprise*) ? 🞏 OUI 🞏NON

**Joindre la photocopie de la carte d’identité ou du passeport pour les nouveaux adhérents.**

**Matériel d’athlétisme**

Pour rappel, les pointes sont obligatoires à partir de la catégorie benjamin, les maillots de compétition sont prêtés en début de saison et à rendre lors de la dernière compétition uniquement pour les enfants. Vous trouverez le détail des produits sur www.clubathlétiquedubassinbellegardien.com

|  |
| --- |
| nom prénom : |
| produit | prix | quantité | taille |
| Tee-shirt manches longues | 40 |   |   |
| collant | 30 |   |   |
| short | 13 |   |   |
| Tee-shirt entrainement | 12 |   |   |
| coupe vent | 35 |   |   |
| pointe zoom rival | 55 |   |   |
| pointe distance + | 55 |   |   |
|  | total:  |   |   |
| tous les produits sont a payer au moment de la réception, le club fera une commande le15 du mois et les produits seront à récupérer avant le 30 du mois. |

# FICHE D’URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e) : ...............................................................................................................

* *Pour les mineurs* : agissant en qualité de PERE, MERE, TUTEUR LEGAL

Autorise mon enfant :

NOM : …...................................................... Prénom : ......................................................

 Date de naissance : ...........................................

* *Pour tous les athlètes majeurs et mineurs:*
* à être transporté par tout membre actif de l’association ou représentants légaux de membres actifs dans son véhicule personnel ou de location lors des déplacements, entraînements ou compétitions.

* à me (/le) faire soigner et à faire pratiquer toutes interventions d’urgence selon les prestations du corps médical consulté et s’engage à rembourser s’il y a lieu, le montant des frais médicaux engagés.

* autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang à l’occasion de contrôle anti-dopage inopinés réalisé par la Fédération Française d’Athlétisme *(conformément à l’article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage.)*

**INFORMATIONS MEDICALES D’URGENCE DE L’ATHLETE**

Nom du médecin traitant : .............................................Téléphone : ......................................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° de SS de l’athlète : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Groupe sanguin : ................

Allergies médicamenteuses :............................................................................................

Autres informations importantes : .....................................................................................

Toutes les informations concernant les entraînements et les compétitions seront communiquées par mail et par groupe WhatsApp.

**ASSIDUITE :**

* Je m’engage à faire en sorte que mon enfant participe à tous les entrainements et à justifier ses absences.
* J’accepte que l’on diffuse mon image dans le cadre de la pratique de l’athlétisme (facebook, site internet, promotion club, journaux…)

Fait à : ……………………………….. Le : ………………………………..

Signature de l’athlète : Signature des parents :

………………………….. …………………………..

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Pris en application des articles L.231-2 et L.231-2-2 du Code du Sport**

**(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)**

Je soussigné, Docteur ……………………………………………………………………………………….

Certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme ou l’enfant :

………………………………………………………

Né(e) le ………/…………/………

Et n’avoir pas 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 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

|  |
| --- |
| **QUESTIONNAIRE RELATIF À L’ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L’OBTENTION D’UNE LICENCE SPORTIVE conformément à l’arrêté ministériel du 7 mai 2021**  |
| *Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l’autorité parentale: Il est préférable que ce questionnaire soit complete 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. |
| **Nom :……………………………………....................................... Prénom : ……………………………………………………………** |
| **Tu es une fille □ un garçon □ Ton âge : ans** |
| **Depuis l’année dernière** | **OUI** | **NON** |
| Es-tu allé(e) à l’hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? |   |   |
| As-tu été opéré(e) ? |   |   |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? |   |   |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? |   |   |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? |   |   |
| As- tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s’était passé ? |   |   |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t’ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? |   |   |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d’habitude ? |   |   |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? |   |   |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? |   |   |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? |   |   |
| As-tu arrêté le sport à cause d’un problème de santé pendant un mois ou plus ? |   |   |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)** |   |   |
| Te sens-tu très fatigué(e) ? |   |   |
| As-tu du mal à t’endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? |   |   |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? |   |   |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? |   |   |
| Pleures-tu plus souvent ? |   |   |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d’une blessure que tu t’es faite cette année ? |   |   |
| **Aujourd’hui** |   |   |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? |   |   |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? |   |   |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? |   |   |
| **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 ? |   |   |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu’il se nourrit trop ou pas assez ? |   |   |
| 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.) |   |   |
|  |  |  |
|  |
|  |  |  |
| **Fait à ………………………….**  | **Signature des parents :** |
| **Le …./…./ 20…** |  |  |