



RUEIL ATHLETIC CLUB

CLUB OMNISPORTS

Agréé Jeunesse et Sports
n° 92-S-235

SIEGE SOCIAL – SECRETARIAT : 312, avenue Napoléon Bonaparte 92500 RUEIL-MALMAISON
Tél. 01 47 51 19 42

Bulletin d'adhésion au RUEIL ATHLETIC CLUB

Section : LUTTE... TARIF : ADULTE 220 €, ETUDIANT 180 €, MOINS 15 ANS 140 €

Adhérent

NOM : Prénom : Date de naissance [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Adresse

N° [] [] [] [] Rue

Code postal [] [] [] [] [] [] Ville

☎ Fixe [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ☎ Portable [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Email

Représentant légal (1) :

NOM : Prénom : Qualité : (Père, Mère, Tuteur, ...)

☎ Fixe [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] ☎ Portable [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Email

Participation aux frais de gestion du RAC : 15€ (à acquitter en même temps que la cotisation propre à la section)

(1) Membre : ACTIF, HONORAIRE, DIRIGEANT, ENTRAINEUR

(1) Nouvelle ADHESION, RENOUVELLEMENT

(1) Rayer les mentions inutiles

Le ou la signataire reconnaît avoir pris connaissance des statuts et règlement intérieur du RUEIL ATHLETIC CLUB (disponibles au siège et sur le site rueil-ac-sports.fr) ainsi que du détail des garanties offertes par la police d'assurance liée à la licence fédérale et l'information relative à la possibilité de souscrire des garanties complémentaires.

Signature (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Adhérent

Représentant légal (1)

Date de l'adhésion [] [] [] [] [] [] 20[] [] [] []

(1) (Pour un enfant de moins de 16 ans)

Le Club Omnisports est couvert par une assurance responsabilité civile générale N° 10240799 auprès de la MACIF.

Ces documents sont consultables au siège social du lundi au vendredi de 9h à 11h30 et de 14h à 18h.

Formulaire destiné aux adhérents afin de fournir les informations pour la prise de licence.
Ce bulletin, dûment complété, sera archivé au club et pourra être exigé par la FFLDA.

A COMPLÉTER PAR LE CLUB

☐ PRIMO LICENCIÉ(E)* ☐ RENOUELEMENT* (cocher une seule case)

* Primo licenciée : toute personne qui prend pour la 1^{ère} fois une licence FFLDA.

Renouvellement : personne ayant déjà été licenciée FFLDA (même en cas d'interruption de la licence).

☐ MINEUR(E) ☐ MAJEUR(E) (cocher une seule case)

☐ CONTROLE D'HONORABILITÉ uniquement si l'adhérent exerce une fonction d'élu, bénévole, salarié du club

☐ CERTIFICAT MÉDICAL Date de signature du médecin : / /

NOM DU CLUB :

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (à compléter par l'adhérent - Tous les champs sont obligatoires)

Nom de naissance

Nom d'usage (nom d'époux, d'épouse), si différent du nom de famille

C'est le nom d'usage qui sera affiché sur la carte licence

Prénom (1^{er} prénom uniquement) Tel :

E-mail ☐ J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFLDA.

Adresse

Code postal Ville localité

☐ QPV Quartier Prioritaire Politique de la Ville (ZRR automatiquement enregistré avec l'adresse licencié)

Date naissance / / ☐ Né(e) en France ☐ Né(e) à l'étranger Précisez le pays

Département de naissance (00 si hors France) Ville de naissance

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Nationalité : ☐ Française ☐ Etrangère précisez le pays

Si nationalité étrangère : Nom prénom du père.....

Nom prénom de la mère.....

J'accepte de diffuser mes données (nom, prénom, club, catégorie d'âge, nationalité, photo) sur le site internet public et sur le site internet qui gère les compétitions (une case à cocher obligatoirement) :

☐ OUI ☐ NON et dans ce cas vous devez indiquer à ffl@fflutte.org les données concernées avec copie mail obligatoire au club.

2 - LICENCE DEMANDÉE

DISCIPLINES : ☐ LUTTE ☐ GRAPPLING ☐ SAMBO

Cocher la (les) discipline(s) pratiquée(s). Ajouter le chiffre 1 à gauche de la discipline principale.

☐ 3^{EME} MEMBRE D'UNE FAMILLE

☐ PRATIQUE WRESTLING-TRAINING

ANNEXE I - POUR LICENCIÉ(E)S MINEUR(E)S

NB. Ces données sont confidentielles. Elles ne sont pas destinées au club

QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MINEUR ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) Code sport

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 ☐ 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) ?	☐	☐

Annexe II Licencié(e)s majeur(e)s

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 ?	☐	☐
* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié	☐	☐

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.

Annexe III Certificat médical

CERTIFICAT MÉDICAL *Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport*

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Docteur (Nom Prénom) :

.....

Demeurant à :

.....

Certifie avoir examiné ce jour M. /Mme (Nom prénom)

.....

Né(e) le/...../.....

Demeurant à :

.....

Et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique à l'entraînement et en compétition des disciplines suivantes :

☐ LUTTE ☐ GRAPPLING* ☐ SAMBO*

Fait à.....

Le / /

* Pour le Sambo combat et le Grappling fight des certificats médicaux spécifiques sont à fournir selon l'annexe 07-232-19.

* Pour les vétérans des certificats médicaux spécifiques sont à fournir (cf. annexe du règlement des compétitions individuelles).

Cachet du médecin

Signature du médecin