

INFORMATIONS - INSCRIPTIONS – ESM Challans Athlétisme

MARCHE NORDIQUE - INFORMATIONS – SAISON 2024/2025

SAISON 2024/2025		TARIFS		DOCUMENTS SANTÉ	
Type De Licence	Catégorie	Année De Naissance	Nouveau Licencié	Mention	
MARCHE NORDIQUE SPORT LOISIRS	Cadet (CA)	2008 et 2009	85,00 €	Répondre au questionnaire de santé "mineur" Pas de certificat médical obligatoire	
	Junior (JU)	2006 et 2007			
	Espoir (ES)	2003 à 2005		Certificat non obligatoire : A la création ou au renouvellement de la licence, répondre au parcours de prévention santé proposé dans votre espace E-Licencié FFA	
	Sénior (SE)	1991 à 2002			
	Master (VE)	1990 et avant			
MARCHE NORDIQUE RUNNING	Cadet (CA)	2008 et 2009	85,00 €	Certificat non obligatoire : A la création ou au renouvellement de la licence, répondre au parcours de prévention santé proposé dans votre espace E-Licencié FFA	
	Junior (JU)	2006 et 2007			
	Espoir (ES)	2003 à 2005			
	Sénior (SE)	1991 à 2002			
	Master (VE)	1990 et avant			
ENCADREMENT	Elle permet d'exercer des responsabilités officielles au sein du club mais pas de pratiquer l'athlétisme.		A partir de la catégorie minimale (avant 2009)	35,00 €	xx

**Maillot OVA OBLIGATOIRE pour participer aux compétitions fédérales (25€) - Maillot ESM OBLIGATOIRE pour les licences Running & Sport Loisirs (20€)
Bon de commande en annexe à rendre avec votre inscription**

Information sur la répartition du coût de votre adhésion :
Coût licence = 65% reversé aux instances d'athlétisme (Comité départemental, Ligue et Fédération)
Cotisation = 35% pour fonctionnement du club (Salariés, intervenants, frais déplacement et restauration compétition...)



DOSSIER INSCRIPTION - SAISON 2024/2025

Fiche à adresser à : **Mme MOREAU Mauricette 9 ruelle de Villeneuve 85300 CHALLANS**
(ou à remettre à un entraîneur lors d'un entraînement)

NOM	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Téléphone	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>		

Saison 2024/2025 :

Catégorie :

Cadet (CA) Junior (JU) Espoir (ES) Sénior (SE) Master (MA)

Licence : Renouvellement de licence N° de licence :
 Nouveau licencié

Type de Licence :

Santé Loisir Running Encadrement
 85,00€ 85,00€ 35,00€

Une réduction de 50 % sera faite à partir de la 3ème licence d'une même famille sur la licence la moins chère.

Règlement : € Chèque Coupons sport **ANCV** Chèque Culture et Sport

Par virement bancaire IBAN : FR76 1551 9390 5000 0200 3790 135 - BIC : CMCIFR2A

précisant le NOM, Prénom du ou des licencié(s) et, le cas échéant, le numéro de licence

Documents santé

Majeurs : je m'engage à compléter le Parcours Prévention Santé sur le site E-Licencié FFA

Mineurs : J'atteste avoir rempli au questionnaire de santé transmis par le club ou sur le site de la FFA

Personnes à prévenir en cas d'accident

NOM Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Téléphone fixe	<input type="text"/>	Téléphone portable	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>		
Employeur	<input type="text"/>	N° Téléphone employeur	<input type="text"/>
NOM Prénom	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Téléphone fixe	<input type="text"/>	Téléphone portable	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>		
Employeur	<input type="text"/>	N° Téléphone employeur	<input type="text"/>

Fait à le Signature :



FICHES AUTORISATIONS – SAISON 2024/2025

Fiche à adresser à : **Mme MOREAU Mauricette 9 ruelle de Villeneuve 85300 CHALLANS**
(ou à remettre à un entraîneur lors d'un entraînement)

Autorisation d'un représentant légal (pour les athlètes mineurs)

Je soussigné(e) M. Mme Responsable légal de

Autorise mon enfant à pratiquer l'athlétisme à l'ESM Challans Athlétisme.

Autorise le club à utiliser le moyen de transport adapté pour les déplacements sur les lieux de compétition.

Serait disponible pour accompagner les jeunes lors des compétitions OUI NON

Autorise en cas d'accident survenu lors du transport, d'un entraînement, d'une compétition officielle, d'un stage club, le responsable de l'ESM Athlétisme de Challans présent lors de l'accident à faire transférer mon enfant à l'hôpital le plus proche, s'il juge nécessaire afin de lui prodiguer les soins que nécessiterait son état et donne dès à présent toute décharge de responsabilité au dirigeant de l'ESM Athlétisme qui prendrait cette initiative, quant aux suites de l'accident intervenu dès lors qu'il aura agi dans le sens ci-dessus indiqué.

Autorisation pour les athlètes majeurs

Décharge en cas d'accident :

Je soussigné(e) M. Mme autorise en cas d'accident survenu lors du transport, d'un entraînement, d'une compétition officielle, d'un stage club, le responsable de l'ESM Athlétisme de Challans présent lors de l'accident à faire me transférer à l'hôpital le plus proche, s'il juge nécessaire afin de lui prodiguer les soins que nécessiterait son état et donne dès à présent toute décharge de responsabilité au dirigeant de l'ESM Athlétisme qui prendrait cette initiative, quant aux suites de l'accident intervenu dès lors qu'il aura agi dans le sens ci-dessus indiqué.

Autorisation pour l'ensemble des athlètes

Droit à l'image :

Le licencié ou son représentant légal autorise le club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 1 an et pour la France.

J'accepte l'utilisation de mon image

Je refuse l'utilisation de mon image

Loi Informatique et Libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le licencié ou son représentant légal est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le licencié ou son représentant légal est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@athle.fr Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

J'accepte la transmission des informations

Je refuse la transmission des informations

Fait à Le

Écrire manuellement BON POUR AUTORISATIONS

Signature

QUESTIONNAIRE MEDICAL - S/ L ESM CHALLANS (Athlète Mineur)

Relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, hors disciplines à contraintes particulières **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.**

NOM

Prénom

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.			As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
			As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui				
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>		Ton âge : <input type="text"/> ans		As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis l'année dernière		OUI	NON	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)				Questions à faire remplir par tes parents			
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te sens-tu très fatigué (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Te sens-tu triste ou inquiet ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pleures-tu plus souvent ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

BON DE COMMANDE - BOUTIQUE ESM CHALLANS ATHLÉTISME - SAISON 2024/2025

Bon de commande à remettre AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION à l'entraîneur avec le règlement par chèque ou espèce.

POUR RAPPEL : A partir de la saison 2024-2025 ce maillot est obligatoire pour les catégories EVEIL ATHLÉ – POUSSINS – LICENCE RUNNING – LICENCE ATHLÉ SANTÉ

							QUANTITÉ	PRIX	TOTAL
	S	M	L	XL	XXL	3XL			
COUPE HOMME								20,00€	
	XS	S	M	L	XL	XXL			
COUPE FEMME								20,00€	
	6 ANS	8 ANS	10 ANS	12 ANS	14 ANS	16 ANS			
COUPE ENFANT								20,00€	
								TOTAL COMMANDE	



Chèque / Espèce

NOM

PRÉNOM

CATÉGORIE

.....

.....

.....

