

BULLETIN D'INSCRIPTION - SAISON 2019 / 2020
Licence "HANDISPORT COMPETITION"

Si vous êtes ou avez déjà été licencié FFH indiquez clairement votre N° de licence ci-dessous

Licence N°

MERCI DE REMPLIR CE FORMULAIRE DE FAÇON CLAIRE

Première adhésion au RSSC Athlétisme OUI NON

Nom : _____ Prénom : _____

(écrire votre nom en majuscule)

Sexe : F M Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Courriel : _____ @ _____

Tel : fixe : _____ Portable : _____

Le soussigné certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Date : _____ Signature _____

Handicaps

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Handicaps Orthopédiques | <input type="radio"/> Handicaps Neurologiques D'Origine Périphérique | <input type="radio"/> Hémiplégies |
| <input type="radio"/> Amputations MS | <input type="radio"/> Poliomyélite | <input type="radio"/> IMC |
| <input type="radio"/> Amputations MI | <input type="radio"/> Polyradiculonévrites | <input type="radio"/> Handicaps Visuels |
| <input type="radio"/> Agénésie MS | <input type="radio"/> Atteinte des nerfs rachidiens | <input type="radio"/> Amblyope |
| <input type="radio"/> Agénésie MI | <input type="radio"/> Paralysies plexiques | <input type="radio"/> Non-voyants |
| <input type="radio"/> Raideurs articulaires | <input type="radio"/> Paralysies tronculaires | <input type="radio"/> Handicaps auditifs |
| <input type="radio"/> Fragilités osseuses | <input type="radio"/> Polynévrites | <input type="radio"/> Autres (à préciser) |
| <input type="radio"/> Personne de petite taille | <input type="radio"/> Handicaps neurologiques évolutifs | |
| <input type="radio"/> Paraplégie et Tétraplégie | <input type="radio"/> Myopathies ou Dystrophies musculaires | |
| <input type="radio"/> Avec ou sans troubles du tonus musculaire | <input type="radio"/> Amyotrophies spinales | |
| <input type="radio"/> Avec ou sans troubles sensitifs | <input type="radio"/> Hérédodégénérescences spino-cérébelleuses | |
| <input type="radio"/> Spina Bifida paralytique | <input type="radio"/> Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP) | <input type="radio"/> VALIDE |

Pièces à fournir

- ✚ Bulletin d'inscription entièrement rempli et signé
- Certificat Médical datant de moins d'un an à la date de la prise de la licence.
- ✚ Le montant de la cotisation annuelle (Consulter les tarifs de la saison 2018/2019)
- ✚ Maillot de club obligatoire pour les nouveaux licenciés

Règlement accepté : Espèces – Chèque à l'ordre du "RSSC Athlétisme" - Chèques vacance – Coupons sport – Passeport loisir
Il est également possible pour les personnes en faisant le demande de fractionner les règlements

Certificat Médical : Article L 231-2 et 231-3 du code du sport (sauf pour les cadres et non-pratiquants)

✚ Pour les licences **Handisport Compétition**, le soussigné certifie avoir produit :
- un certificat médical de **non-contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition** datant de moins d'un an à la date de la prise de la licence.

Date du certificat médical : _____

✚ Pour les compétiteurs déficients visuels : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique

Date du certificat médical : _____

Date : _____ Signature

Assurance

Le soussigné – Nom et Prénom : _____
Déclare avoir :

- ✚ Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût.
- ✚ Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

Garantie de base individuelle accident

- OUI, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence FF HANDISPORT
- NON, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel. (Coût remboursé en cas de refus : 1,28 € TTC)

Garanties complémentaires « SPORTMUT HANDISPORT

- OUI, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. NON, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Date : _____ Signature

Athlètes Mineurs

Personnes à prévenir en cas d'accident (1)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Tel 1 : _____ Tel 2 : _____

Je soussigné : _____

Agissant en tant que représentant légal de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise*

N'autorise pas*

Les responsables de la section « Athlétisme » du Réveil Sportif de Saint-Cyr sur Loire, à prendre toutes les dispositions nécessaires et cas d'urgence pour organiser l'évacuation de mon enfant vers l'établissement hospitalier ou la clinique :

*Rayer la mention inutile

Date : _____ Signature _____

Prélèvement Sanguin

Conformément à l'article R 232-42 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage

Je soussigné : Nom : _____ Prénom : _____

Agissant en tant que représentant légal de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise*

N'autorise pas*

La réalisation d'un prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement sanguin

*Rayer la mention inutile

Date : _____ Signature _____

Arrivée et Départ des Entraînements

Je soussigné Nom : _____ Prénom : _____

Agissant en tant que représentant légal

Autorise*

N'autorise pas*

L'enfant Nom : _____ Prénom : _____

A quitter seul le lieu d'entraînement et à rentrer sans accompagnement

*Rayer la mention inutile

Date : _____ Signature _____

Droit à l'image

J'autorise le RSSC Athlétisme à utiliser mon image sur tous les supports destinés à la promotion des activités du RSSC Athlétisme à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de quatre ans et pour toute la France *

Je n'autorise pas le RSSC Athlétisme à utiliser mon image sur quelques supports que ce soit *

*Rayer la mention inutile

Date :

Signature

Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 *

Le soussigné 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 soussigné 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 des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cil@athle.fr . Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

J'autorise la Fédération Française Handisport à céder mes informations personnelles à ses partenaires commerciaux*

Je n'autorise pas la Fédération Française d'Athlétisme à céder mes informations personnelles à ses partenaires commerciaux*

*Rayer la mention inutile

Date :

Signature