

Nouveau membre Renouvellement
 Mutation Club en 2017/2018 :

Nom Prénom l..... Sexe : F / M

Date et lieu de naissance :/...../..... à

Adresse complète

CP Ville

Téléphone : Portable :/...../...../...../.....

Mail (valide)@.....

(Merci d'écrire TRES LISIBLEMENT)

Catégories maximales dans laquelle je souhaite jouer en compétition			
<input type="checkbox"/> Minibad	Né(e) en 2011 et après	<input type="checkbox"/> Minime	Né(e) en 2005 et 2006
<input type="checkbox"/> Poussin	Né(e) en 2009 et 2010	<input type="checkbox"/> Cadet	Né(e) en 2003 et 2004
<input type="checkbox"/> Benjamin	Né(e) en 2007 et 2008	<input type="checkbox"/> Junior	Né(e) en 2001 et 2002

Grille des tarifs (Entourer la licence choisie)

	Cotisation annuelle
Minibad	100,00 €
Jeunes	120,00 €
Réduction famille (sur présentation justificatif)	5 % de réduction à partir de la 2 ^e cotisation par famille sur la moins chère

Taille Tee shirt Jeune (voir à la rentrée..... €) : 6-8 8-10 10-12 12- 14
 Adulte (voir à la rentrée.....€) XS S M L XL XXL XXXL

Ci-joint, la somme de Euros N° carte Pass Région :
 N° carte Top Dép'Art :

Fait à Signature de l'adhérent
 Le/...../..... ou du représentant

Partie réservée au BCBP
 Saisie sur Poona le :
 Dossier d'inscription
 *Fiche : OK Non
 *Cotisation reçue€
 Moyen paiement :
 • Espèces.....
 • Chèqs Nb.....
 • Chq Vac.....
 • Autre :.....
 *Certificat FFBAD
 ou
 *Questionnaire QS SPORT
 Tee-shirt
 Taille Non

L'inscription sera validée à la réception de tous les documents demandés et dûment complétés. Attention : Il existe un certificat médical unique.

AUTORISATION PARENTALE POUR ENFANT MINEUR	
Je soussigné (NOM, Prénom), représentant légal de l'enfant nommé ci-dessus, autorise celui-ci à :	
<input type="checkbox"/> Participer aux activités du club, <input type="checkbox"/> Quitter seul(e) le gymnase après l'entraînement, <input type="checkbox"/> Participer aux déplacements organisés par le club (compétitions, entraînements, stages) et donne l'autorisation à l'encadrement de prendre toutes les décisions qu'il jugerait utile en cas d'accident, <input type="checkbox"/> Autorise l'utilisation de photographies pour le site internet du club, son magazine et une présentation en public lors de l'exposition <input type="checkbox"/> Déclare avoir pris connaissance et accepte le règlement intérieur du Club.	
Personne à prévenir en cas d'urgence : Nom Prénom	
Téléphone :/...../...../...../.....	
Fait à,	Signature du parent ou du représentant légal
le/...../.....	

Certificat médical de non contre-indication

Formulaire obligatoire

Formulaire 1

adoption :
entrée en vigueur : 01/09/2017
validité : permanente
secteur : ADM
remplace : Chapitre 2.1.F1-2016/1
nombre de pages : 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, atteinte de la fonction rénale, élévation de la CRP. 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.

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 »)*

Certificat médical

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

Nom Prénom

né(e) le : / /

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du sport ou 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. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux.

L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être remis avec la demande de licence au club qui le conservera



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 inexplicable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*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. Simpletment attester, 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.



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 du licencié : _____

Pour les mineurs :

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

en ma qualité de représentant légal de :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

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

Date : _____

Signature du représentant légal : _____