



BULLETIN D'ADHÉSION MAJEUR

Saison 2023-2024

Je soussigné(e) : M., Mme., Mlle ⁽¹⁾

NOM : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Commune : Code Postal :

Tél 1: Tél 2 :

email : Profession :

Je sollicite mon adhésion à l'association « Les Archers des Pays de l'Adour », association sportive affiliée à la Fédération Française de Tir Libre (F.F.T.L.), et à la Fédération Nationale de Sport en Milieu Rural (F.N.S.M.R.), en qualité de membre actif pour la saison en cours, pour y pratiquer le TIR A L'ARC. Je choisis obligatoirement une licence ci- après. ⁽²⁾

Montant : 55,00€ 28,00€ (par autre adulte de la Famille)

Je souscris, en même temps que ma cotisation au club, une licence de la FNSMR, assurance incluse. ⁽²⁾

Montant : 15,00€

Je souscris, en même temps que ma cotisation au club, une licence de la FFTL, assurance incluse. ⁽²⁾

Montant : 38,00€

Je reconnais avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur et je m'y conforme librement. ⁽²⁾

- **Je joins un certificat médical** de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc, ou le questionnaire de santé si mon certificat médical est toujours valable. ⁽²⁾

- **Je joins l'Autorisation de droit à l'image.** ⁽²⁾

- **Je joins le règlement du montant mon adhésion** à l'association et en option, celui de la licence FFTL ou FNSMR.

Règlement par chèque⁽³⁾ - Nom du titulaire :montant :

Règlement en espèces - montant :

| | |
|--|---|
| A : le : | Réservé Association |
| Signature du postulant (<i>lu et approuvé manuscrit</i>) | <input type="checkbox"/> Complet <input type="checkbox"/> Incomplet <input type="checkbox"/> en attente |
| | <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Adhésion <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| | <input type="checkbox"/> Agrément du bureau : |
| | |

(1) - Rayez les mentions inutiles.

(2) - Les documents sont tenus à ma disposition au sein du club et sont disponibles sur le site internet de l'association.

(3) - Chèque à rédiger à l'ordre de : « Les Archers des Pays de l'Adour ».



Autorisation de droit à l'image en faveur de l'association

« Les Archers des Pays de l'Adour » pour la saison

2023/2024

Je sous signé **autorise/ n'autorise pas**
l'utilisation de mon image par l'association « Les Archers des Pays de l'Adour » dans :

- . des articles de journaux,

- . sur la page Facebook du club,

- . sur le site internet du club,

J'atteste avoir pris connaissance du fait que je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données me concernant. (Article 34 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978).

Date :

Signature :

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

(1) rayer la mention inutile



Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'Arc

Je, soussigné(e), Docteur

Exerçant :

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Licencié au club de : **Association « Les Archers des Pays de l'Adour**

Au terme de mon examen, cet archer ne présente à ce jour aucune contre-indication cliniquement décelable **à la pratique du Tir à l'Arc**, y compris en compétition.

Certificat établi le / /

Signature et cachet du médecin



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 inexpliquée ? | <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. Simplement atteste, 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 santé pour les personnes majeures pour le renouvellement de leur licence

Le questionnaire est à utiliser pendant les deux saisons qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Exemple :

Saison 2018/2019

Saison 2019/2020

Saison 2020/2021

Saison 2021/2022

Certificat médical

Questionnaire + Attestation

Questionnaire + Attestation

Certificat médical

Je soussigné M/Mme

Prénom :

Nom :

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-

SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la

négative à l'ensemble des rubriques.

Date :

Signature du sportif :