

**LES ARCHERS DES PAYS DE L'ADOUR**  
RENOUVELLEMENT D'ADHESION – SAISON 2023/2024

NOM :

PRENOM :

**Je renouvelle mon adhésion** à l'association Les Archers des Pays de l'Adour pour la saison 2023/2024 (55 € 1er adulte / 28 € par autre adulte de la famille / 30 € 1er enfant / 15 € par autres enfants de la même fratrie)

**Je souhaite être affilié à** (cocher la ou les cases qui vous intéressent) :

FFTL (38 € adulte / 20 € enfant)

FFR/SMR (15 € par personne)

**Je déclare** (rayer la mention inutile) :

**Autoriser** / **Ne pas autoriser**

l'utilisation de mon image par l'association « Les Archers des Pays de l'Adour » dans :

- . des articles de journaux, des dépliants,...
- . 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).

**Je certifie avoir répondu négativement** à l'ensemble des questions du questionnaire de santé « QS – SPORT » qui m'a été remis par mon association, les Archers des Pays de l'Adour. (Possibilité valable 2 ans après le premier certificat médical).

**Dans le cas contraire, je fournis un certificat médical pour la saison sportive 2023/2024.**

**Dans le cas où mon certificat médical en cours aurait plus de 3 ans, je fournis un nouveau certificat médical.**

Le cas échéant, j'indique les changements survenus dans mes coordonnées :

Fait à

, le

Signature



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

**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	Certificat médical
Saison 2019/2020	Questionnaire + Attestation
Saison 2020/2021	Questionnaire + Attestation
Saison 2021/2022	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 :