

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



Autorisation parentale

Saison 2023/2024

A remplir par le représentant légal en lettres MAJUSCULES

Je soussigné (e) père, mère ou tuteur (1)

Nom : Prénom :

Demeurant :

Code Postal : Ville :

Tél :

Email :

Autorise mon fils, ma fille (1)

Né (e) le A

A pratiquer le tir à l'arc au sein de l'association « Les Archers des Pays de l'Adour », association affiliée à la Fédération Française de Tir Libre (FFTL), et à la Fédération Française de Sport en Milieu Rural (FNSMR) aux horaires suivants :

Samedi de 14h30 à 17h30

Mon fils, ma fille (1) est licencié(e) à la FFTL, FNSMR (1) (licence n°) par les soins de l'association, il ou elle bénéficie de la sorte de l'assurance fédérale. Il ou elle a passé(e) une visite médicale de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc que j'ai transmis au responsable de l'association.

Mon fils, ma fille (1) :

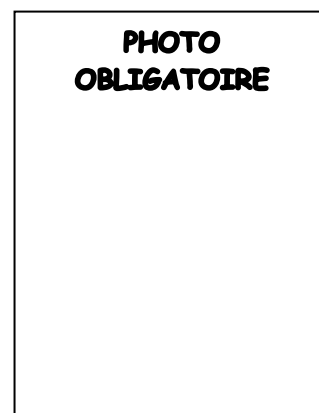
est autorisé (e) à quitter l'association à la fin de l'entraînement.

doit attendre son représentant légal.

(1) *(rayer les mentions inutiles)*

Signature

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)





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"/>
<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.

Je soussigné M/Mme

Prénom :

Nom :

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-

SPORT Cerfa N°15699*01 pour mon enfant

.....

et avoir répondu par la négative à l'ensemble des

rubriques.

Date :

Signature du tuteur légal :



INTERVENTION MÉDICALE OU CHIRURGICALE

Le code de la santé public (article 1111-4 et 1111-6) précise qu'aucun acte médical ne peut avoir lieu sans le consentement de la personne (ou du responsable légal).

Afin de pouvoir joindre les parents ou responsables du mineur de manière à ce que l'équipe médicale puisse communiquer le cas échéant avec eux, indiquez ci-dessous les coordonnées complètes.

Personnes à contacter en cas de besoin justifiant une intervention médicale ou chirurgicale d'urgence : (responsables légaux)

L'enfant :

NOM : Prénom : Né(e) le :

La mère :

NOM : Prénom :

Tél 1:..... Tél 2 :

Le père :

NOM : Prénom :

Tél 1:..... Tél 2 :

Le tuteur :

NOM : Prénom :

Tél 1:..... Tél 2 :

Fait àle.....

Nom prénom et qualité manuscrite du signataire signature :



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 représentant légal de
mon fils, ma fille (1):

Nom :

Prénom :

Autorise / n'autorise pas (1) l'utilisation de son 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 concernant mon fils, ma fille (1). (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