



5 - AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR LES MINEURS

En application de l'article R.232-52 du code du sport

Je soussigné(e) (Nom Prénom) Agissant en qualité de

Représentant légal de l'enfant mineur (Nom Prénom de l'enfant) :
.....

Autorise tout préleveur agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage, en lui présentant ce document, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang...) lors d'un contrôle antidopage sur cet enfant mineur.

Fait à le / / Signature :

L'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

6 - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 - Arrêté du 20 avril 2017

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence. Ce questionnaire ne concerne pas les nouveaux licenciés et ceux souhaitant pratiquer le « *grappling combat* » ou le « *sambo combat* » qui doivent nécessairement fournir un certificat médical chaque saison.

- J'atteste avoir répondu « NON »** à toutes les questions ci-dessous et le certificat médical de 2017-2018 est encore valable pour la saison 2018-2019. Je n'ai pas à compléter le certificat médical ci-dessous.
- J'atteste avoir répondu « OUI »** à au moins une question et dans ce cas je dois compléter et fournir à mon club le certificat médical ci-dessous en consultant un médecin.

Les réponses qui relèvent de la responsabilité du licencié sont confidentielles et ne doivent pas apparaître sur ce document

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?
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 ?
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
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 ?
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour raisons de santé ?
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

7 - CERTIFICAT MÉDICAL - Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Docteur (Nom Prénom) :

Demeurant à :

Certifié avoir examiné ce jour M. /Mme (Nom prénom)

Né(e) le / / Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique à l'entraînement et en compétition des disciplines suivantes : Lutte Grappling* Sambo* Fait à Le / /

** Pour le Sambo combat et le Grappling combat des certificats médicaux spécifiques sont à fournir.*

Cachet du médecin

Signature du médecin



Formulaire destiné aux adhérents afin de fournir les informations au processus de prise de licence
Ce bulletin (page 1 et 2), dûment complété, sera archivé au club et pourra être exigé par la FFLDA.

CLUB :

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM Prénom Tel

Adresse Code Postal Localité

QPV Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (ZRR automatiquement enregistré avec l'adresse du licencié)

E-mail (obligatoire) J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFL.

Date de naissance : / / Dpt naissance : (00 hors France) Lieu naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Nationalité : Française Autre

J'accepte que soient diffusés sur le site internet public mon nom, prénom, club, catégorie d'âge et discipline.

2 - LICENCE DEMANDÉE

DISCIPLINES Cocher la (les) discipline(s) pratiquée(s). Ajouter le chiffre 1 à gauche de la discipline principale.

..... LUTTE GRAPPLING SAMBO

3^{ème} membre d'une famille Pratique Wrestling-Training

J'exerce une fonction dirigeant (élu au club, au comité régional, au comité départemental, à la FFLDA)

Licence SDAC (Soutien Dirigeant Autre Club) uniquement si déjà licencié dans un autre club - Pas de compétition

3 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, d'intervention médicale ou chirurgicale, je donne (1), ne donne pas (1) (1) : rayer mention inutile) l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour mineur, signature d'un parent ou tuteur légal.

NOM, Prénom, qualité du signataire :

N° téléphone (cas d'urgence) : Signature :

4 - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ, **DÉCLARE :**

NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

- Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complétés, l'ensemble des informations demandé sur ce bulletin (page 1 et 2).
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Etre informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la FFLutte, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6/01/1978).
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif (si refus, rayer cette phrase).
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant ce bulletin.

DE PLUS, JE DECLARE AVOIR :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence FF LUTTE et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison.
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « *SPORTMUT LUTTE* » 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* » proposée par la fédération

NON, je renonce à bénéficier de la garantie « *Individuelle Accident* » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « SPORTMUT LUTTE »

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 attaché au présent bulletin 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.

Date / / Signature

Certificat médical

Je soussigné, Dr _____ atteste que
M. _____ né le : ____/____/____
ne présente aucune contre-indication à la pratique de la lutte, notamment en
compétition.

Fait le : ____/____/____

À _____.

Signature et Cachet du praticien.

Autorisation Parentale de Droit à l'Image

Par la présente, j'autorise / je n'autorise pas la diffusion dans les médias locaux, régionaux, nationaux et internationaux de l'image de mon enfant.

Cette autorisation s'entend pour les diffusions papiers, audio-visuelles (TV) et le site internet du Club et réseaux sociaux.

Aucun commerce ne pourra être fait de cette image sans mon autorisation.

Signature

Cadre réservé au club- Ne rien inscrire

Paiement Par :	Paiement en 3 fois	
<i>Chèque</i>	N°1	Dates
<i>Ancv Coupons Sport</i>	N°2	Dates
<i>Liquide C.A.F.</i>	N°3	Dates

Informations Personnelles

(Toutes les informations demeurent confidentielles)

Représentant légal de l'enfant mineur (nom et prénom)

Nom : _____ Prénom : _____

Nom et prénom de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe* : M / F Nationalité : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____

Adresse : _____

N° de téléphone : ____/____/____/____/____ **Obligatoire**

N° de portable : ____/____/____/____/____ **Obligatoire**

@mail : _____@_____

Mail Obligatoire

Personne à prévenir en cas d'Urgence :

Nom : _____ Tél : ____/____/____/____/____

Nom : _____ Tél : ____/____/____/____/____

Problème de Santé : (Allergies, prise de médicament, asthme...)

Pièces a fournir : Photo d'identité obligatoire , copie carte d'identité

Ou copie du livret de famille, copie de la carte de sécurité sociale.



CLUB DE LUTTE BELLEU SOISSONS

LICENCE CLUB saison 2018/2019 PACK N° 1 COMPREND

Tenue Entrainement **Obligatoire** taille XXS XS S à : 45.00 Euros
(cocher la case désirée)

T Shirt du CLUB à : 2.00

LICENCE CLUB SAISON 2017/2018 à : 86.00

Soit un total de : 132.00 euros

LICENCE CLUB Pack N° 2 COMPREND

Tenue entrainement **Obligatoire** taille L M XL XXL à : 50.00 E
(cocher la case désirée)

T Shirt à : 2.00

Licence club saison 2017/2018 à : 86.00

Soit un total de : 142.00 euros

Achat Individuel :

Licence à 86.00 Euros

TShirt à 6.00 Euros

Tenue Entrainement Obligatoire

(Cocher la Taille désirée)

Taille XXS XS S à 45.00 Euros

Taille L M XL XXL à 55.00 Euros

SOIT UN TOTAL DE 137.00 ou 147.00Euros selon la Taille demandée



ECOLE DE LUTTE BELLEU SOISSONS

Licence Ecole de Lutte saison 2018/2019 pack n° 1 COMPRENANT :

Licence à 41.00 Euros

Tenue Entrainement Obligatoire

Taille XXS XS S à 45.00 Euros

(Cocher la taille désirée)

OU

Taille L M XL XXL à 50.00 Euros

(Cocher la taille désirée)

TShirt à 2.00 Euros

SOIT UN TOTAL DE 88.00 ou 93.00 selon la Taille demandée

Achat Individuel :

Licence à 41.00 Euros

TShirt à 6.00 Euros

Tenue Entrainement Obligatoire

(Cocher la Taille désirée)

Taille XXS XS S à 50.00 Euros

Taille L M XL XXL à 55.00 Euros

SOIT UN TOTAL DE 97.00 ou 102.00 Euros selon la Taille demandée