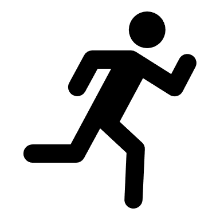
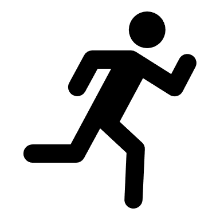
**DOSSIER D’INSCRIPTION**

**SAISON 2020-2021**

**A RENDRE AVANT LE 25 SEPTEMBRE**

**Entraînements au stade Gérard Armand à partir de la semaine du 7 septembre :**

**LUNDI :**

* 18h à 19h30 : PO confirmés (2 entrainements/semaine) + BE

Max 24 enfants (gymnase en hiver)

Entraîneurs : Guillaume, Robert et Sébastien

**MARDI :**

* 18h à 19h30 : MI + CA + JU

Max 15 (pas de gymnase en hiver)

Entraîneurs : Daniel et Soraya

**MERCREDI :**

* 14h à 15h30 : EA + PO possible

Max 12 (pas de gymnase en hiver : annulation en cas de météo exécrable)

Entraîneur : Sonia

* 16h à 17h30 : PO + EA éventuellement

Max 12 (pas de gymnase en hiver : annulation en cas de météo exécrable)

Entraîneur : Sonia

* 18h à 19h30 : PO confirmés (2 entrainements/semaine) + BE

Max 24 enfants (gymnase en hiver)

Entraîneurs : Guillaume, Sonia et Yann Mannet

* 19h30 à 20h45 : Adultes

Entraîneurs : Florian

2 essais possibles en septembre, présence des parents obligatoire

(les enfants seront sous la responsabilité des parents lors de ces séances).

**VENDREDI**

* 18h à 19h30 : MI + CA + JU

Max 15 (pas de gymnase en hiver)

Entraîneurs : Mathieu et Daniel

* 19h30 à 20h45 : Adultes

Entraîneurs : Mathieu

**LES COTISATIONS**

*Conformément aux statuts, sur proposition du comité Directeur, le Conseil d’Administration a délibéré sur les cotisations pour la saison 2020-2021.*

*L’Assurance est incluse dans la licence.*

*Remboursement des frais d’inscription aux compétitions réalisées pour les adultes (max 100 € par an) et entièrement pris en charge pour les enfants.*

|  |  |
| --- | --- |
| Licence | 140 € |
| Licence Adulte Loisir  (sans compétition) | 70 € |
| Inscriptions multiples d’une même famille.  (pour les licences compétitions) | 240 € pour 2 athlètes  340 € pour 3 athlètes  440 € pour 4 athlètes |

*(Possibilité de paiement en trois versements)*

Possibilité de commander un sweat à 40 euros

**LES CATEGORIES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CATEGORIE | CODE | ANNEE DE NAISSANCE |
| Masters | VE | 1984 et avant |
| Seniors | SE | 1985 à 1998 |
| Espoirs | ES | 1999 à 2001 |
| Juniors | JU | 2002 et 2003 |
| Cadets | CA | 2004 et 2005 |
| Minimes | MI | 2006 et 2007 |
| Benjamins | BE | 2008 et 2009 |
| Poussins | PO | 2010 et 2011 |
| École d'Athlétisme | EA | 2012 et 2013 |

# INFORMATIONS NECESSAIRES POUR LA LICENCE

Nom :……………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………….

Date de naissance : ………………………………………………………. Sexe : H / F

Nationalité : ……………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………….……………………………………………………….………………………………………

Téléphone : ……………………………………………………….

Email : ………………………………………………………………………………………………

*(Chaque licencié reçoit désormais sa Licence par voie électronique.*

*En raison de la crise sanitaire votre licence arrivera par mail qu’en novembre 2020)*

**Personnes à prévenir en cas d’urgence :**

Père : ………………………………… Téléphone : …………………………………

Mère : ………………………………… Téléphone : …………………………………

Autre : ………………………………… Téléphone : …………………………………

Taille T-shirt : ……………………….

**Désirez-vous commander un sweat (40 €) 🞏 OUI 🞏 NON**

**Taille Sweat : ……………………….**

Désirez-vous une attestation de paiement (*Comité d’entreprise*) ? 🞏 OUI 🞏NON

# FICHE D’URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e) : ...............................................................................................................

* *Pour les mineurs* : agissant en qualité de PERE, MERE, TUTEUR LEGAL

Autorise mon enfant :

NOM : …...................................................... Prénom : ......................................................

Date de naissance : ...........................................

* *Pour tous les athlètes majeurs et mineurs:*
* à être transporté par tout membre actif de l’association ou représentants légaux de membres actifs dans son véhicule personnel ou de location lors des déplacements, entraînements ou compétitions.

* à me (/le) faire soigner et à faire pratiquer toutes interventions d’urgence selon les prestations du corps médical consulté et s’engage à rembourser s’il y a lieu, le montant des frais médicaux engagés.

* autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang à l’occasion de contrôle anti-dopage inopinés réalisé par la Fédération Française d’Athlétisme *(conformément à l’article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage.)*

**INFORMATIONS MEDICALES D’URGENCE DE L’ATHLETE**

Nom du médecin traitant : .............................................Téléphone : ......................................

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

N° de SS de l’athlète : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Groupe sanguin : ................

Allergies médicamenteuses :............................................................................................

Autres informations importantes : .....................................................................................

**ASSIDUITE :**

* Je m’engage à faire en sorte que mon enfant participe à tous les entrainements et à justifier ses absences.
* J’accepte que l’on diffuse mon image dans le cadre de la pratique de l’athlétisme (facebook, site internet, promotion club, journaux…)

Fait à : ……………………………….. Le : ………………………………..

Signature de l’athlète : Signature des parents :

………………………….. …………………………..

Toutes les informations concernant les entraînements et les compétitions seront communiquées par mail et par groupe WhatsApp.

**CERTIFICAT MEDICAL**

**Pris en application des articles L.231-2 et L.231-2-2 du Code du Sport**

**(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)**

Je soussigné, Docteur ……………………………………………………………………………………….

Certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme ou l’enfant :

………………………………………………………

Né(e) le ………/…………/………

Et n’avoir pas constaté à ce jour, de contre-indication à la pratique de l’Athlétisme en compétition.

Je l’informe de l’intérêt de déposer auprès de l’Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques en cas d’utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d’entraîner une réaction positive lors d’un contrôle anti-dopage.

Fait à : ………………………………………………. Le : …………………………………….

Cachet et Signature du Médecin