



Badminton Club Fos - Adultes 24/25

FICHE D'INSCRIPTION



NOM/PRÉNOM
[]

PROFESSION
[]

DATE DE NAISSANCE
[]

LIEU DE NAISSANCE
[]

ADRESSE
[]

VILLE + CODE POSTAL
[]

EMAIL
[]

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
[]

RÉINSCRIPTION

OUI

NON

COMPÉTITIONS

OUI

NON

POUR COMPLÉTER VOTRE INSCRIPTION, VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT :

- FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL (OU LE QUESTIONNAIRE SANTÉ SPORT).
- JOINDRE LE RÈGLEMENT DE VOTRE ADHÉSION (140€ PAR CHÈQUE LIBELLÉ À L'ORDRE DU BCF).
- COMPLÉTER, DATER ET SIGNER LE BULLETIN D'INSCRIPTION.
- COLLER UNE PHOTO EN HAUT À DROITE.

JE SOUSSIGNÉ(E)

1. DÉCLARE ADHÉRER À L'ASSURANCE "RESPONSABILITÉ CIVILE ET ACCIDENTS CORPORELS" PROPOSÉE PAR LA FFBAD ET AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DANS LE "LIVRET DES LICENCIÉS",

2. AUTORISE LE PRÉSIDENT OU TOUTE PERSONNE DÉLÉGUÉE PAR CE DERNIER À FAIRE PRATIQUER TOUT SOIN MÉDICAL D'URGENCE OU TOUTE INTERVENTION QUI S'AVÉRERAIT INDISPENSABLE CONFORMÉMENT AUX PRESCRIPTIONS DU CORPS MÉDICAL CONSULTÉ,

3. CONCÈDE À L'ASSOCIATION LE DROIT À L'IMAGE SANS CONTRE PARTIE DE RÉMUNÉRATION, L'ASSOCIATION S'ENGAGEANT À EXERCER CE DROIT DANS LA LIMITÉ DE SES BESOINS ET À DES FINS NON-COMMERCIALES,

4. DÉCHARGE DE TOUTE RESPONSABILITÉ L'ASSOCIATION, AINSI QUE TOUTES PERSONNES QUI ASSURERAIENT LE DÉPLACEMENT EN VÉHICULE AUTOMOBILE EN CAS D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION, CECI DANS LE CADRE DES DÉPLACEMENTS POUR LES ENTRAÎNEMENTS, FORMATIONS ET COMPÉTITIONS.

5. CERTIFIE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CLUB ET DES CONSIGNES DE SÉCURITÉ POUR PRATIQUER LE BADMINTON. JE M'ENGAGE À LES RESPECTER ET DÉGAGE LE BCF DE TOUTE RESPONSABILITÉ EN CAS DE NON-RESPECT. LES VOLANTS NE SONT PAS FOURNIS MAIS VENDUS À TARIFS PRÉFÉRENTIELS PAR LE CLUB.

LU ET APPROUVÉ

DATE ET SIGNATURE

PARTIE RÉSERVÉE AU CLUB :

PAIEMENT PAR CHÈQUE DE : € BANQUE :
NUMÉRO CHÈQUE :

OBSERVATIONS :

PAIEMENT EN ESPÈCES : € PAIEMENT EN CARTE BANCAIRE : €
AEVF CHÈQUE ANCV



QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MAJEUR » PRÉALABLE A L'OBTENTION OU AU RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE D'UN MAJEUR AUPRÈS DE LA FFBAD

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON.
Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Depuis les 12 derniers mois	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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	OUI	NON
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"/>

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé « Sportif majeur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature :