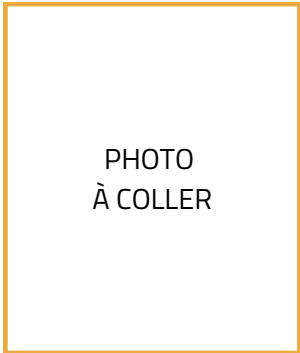




FICHE D'INSCRIPTION



NOM/PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE	LIEU DE NAISSANCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
VILLE + CODE POSTAL	PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE
<input type="text"/>	<input type="text"/>
EMAIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

RÉINSCRIPTION

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUI	NON

COMPÉTITIONS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OUI	NON

**TARIFS = 100€ : POUSSINS (MOINS DE 9 ANS) / 120€ : JEUNES (PLUS DE 9 ANS)
140€ : JEUNES COMPÉTITEURS**

POUR COMPLÉTER VOTRE INSCRIPTION, VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT :

- FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL (OU LE QUESTIONNAIRE SANTÉ SPORT).
- JOINDRE LE RÈGLEMENT DE VOTRE ADHÉSION (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) PORTABLE :

PÈRE, MÈRE, PERSONNE EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE SUR :

- 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",
- 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,
- 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,
- 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.
- 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.
- M'ENGAGE À CE QUE MON ENFANT PARTICIPE À DES COMPÉTITIONS POUR LESQUELLES LE BCF A ENGAGÉ DES FRAIS D'INSCRIPTIONS. JE RECONNAIS QUE TOUT MANQUEMENT NON-JUSTIFIÉ POURRA CONDUIRE LE BCF À PRENDRE DES MESURES JUGÉES ADAPTÉES.
- AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL LE GYMNASE :

OUI NON

LU ET APPROUVÉ

DATE ET SIGNATURE

PARTIE RÉSERVÉE AU CLUB : PAIEMENT PAR CHÈQUE DE : € BANQUE :
OBSERVATIONS : NUMÉRO CHÈQUE :

PAIEMENT EN ESPÈCES : € PAIEMENT EN CARTE BANCAIRE : €
AEVF CARTE COLLÉGIENS PASS'SPORT 50€ CHÈQUE ANCV



QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MINEUR » PRÉALABLE À L'OBTENTION OU AU RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE D'UN MINEUR AUPRÈS DE LA FFBaD

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si toi ou tes parents avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Vous devez consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient.

Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Dans ce cas un certificat médical est nécessaire pour que tu puisses pratiquer le badminton.

Si toi ou tes parents avez répondu Non à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir.

Attestez simplement, à l'aide de l'attestation ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions.



ATTESTATION

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

en ma qualité de représentant légal de :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé « Sportif mineur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :