**Fiche d’adhésion**

**athlétique côte d’émeraude**

**2025/2026**

## **État civil**

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe : Homme / Femme \*

Date de naissance : \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tél** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mail** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **Licence FFA**

Numéro de licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Questionnaire de Santé** (à remplir en ligne) : Oui / Non \*

## **adhÉsion**

□ **Ecole d’Athlétisme / Athlé Compétition / Dirigeant / Juge (Baby > Master)** 135€

□ **Maillot de Club (obligatoire pour la compétition) :**  35€ (Athlétisme Compétition) // 8€ (Ecole d’Athlétisme)

□ **Orientation Forme-Santé : 1 activité au choix** 150€

□Athlé-Santé □Marche Nordique □Pilate □Relax/étirement

□ **Orientation Forme-Santé : 2 activités au choix** 200€

□Athlé-Santé □Marche Nordique □Pilate □Relax/étirement

□ **Orientation Forme-Santé : 3 activités au choix**  250 €

□Athlé-Santé □Marche Nordique □Pilate □Relax/étirement

**□ Orientation Forme-Santé : 4 activités**  300€

□ **Orientation Pathologie : Athlé-Santé et Marche Nordique** 100€/trimestre

## **autorisation pour mineur**

Je soussigné, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en tant que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, accepte que :

* Le responsable autorise en mon nom, une intervention médicale et/ou chirurgicale en cas de nécessité médicale : **Oui / Non**\*
* Autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang. L’article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage : **Oui / Non\***
* Le responsable transporte mon enfant dans son véhicule en cas de nécessité liée à l’activité (entrainement délocalisé, compétitions…) : **Oui / Non \***

Je viendrai déposer et chercher mon enfant **Oui / Non \***

J’autorise mon enfant à venir et à quitter l’activité seul : **Oui / Non** \*

**Information supplémentaire**

Merci d’indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé ainsi que les précautions à prendre, pour que le responsable ait toutes les informations en cas de besoin lors des entraînements, déplacements en compétition…

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **don**

Je fais don à l’association Athlétique Côte d’Émeraude de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€. **(66% de la somme est déductible des impôts)**

## 

Fait à :

Le :

Signature de l’athlète ou de son représentant légal (Précédé de la mention « lu et approuvé »)