

# CHANTECLER BORDEAUX

## Fiche d'inscription *Badminton* **Eté 2021**



Lieu : GP II, GP III

☐ Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de la Section et m'engage à le respecter

Déjà inscrit au badminton en 2019-20 : oui ☐ non ☐

Je souhaite bénéficier d'une licence estivale 2021 : oui ☐ non ☐

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ADHÉRENT :

CIVILITÉ ..... NOM ..... PRÉNOM .....

NÉ(E) LE ..... NATIONALITÉ .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL ..... VILLE .....

TÉL. PERSO : + 33 (0) ..... TÉL. PARENTS : + 33 (0) .....

E-MAIL .....

**LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS MINEURS SONT TENUS DE REMPLIR L'AUTORISATION D'INTERVENTION CI-DESSOUS**

JE SOUSSIGNÉ(E): M. ☐ MME ☐ NOM : .....

AGISSANT EN QUALITÉ DE : ☐ PÈRE, ☐ MÈRE, ☐ TUTEUR, ☐ TUTRICE, autorise pour mon fils (ma fille, mon pupille, ma pupille) le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant.

NOM DE L'ENFANT : ..... PRÉNOM DE L'ENFANT : .....

LE ...../...../..... SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉgal :

ASSURANCE : Je soussigné, atteste avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir reçu, pris connaissance et compris les modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFBAD ci-annexée, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel facultatives proposées avec ma licence. Le prix de l'option de base incluse dans ma licence est de 0,32€ TTC. Je peux ne pas y adhérer et le signifier par écrit auprès de mon club à l'aide du formulaire de refus mis à ma disposition (procédure obligatoire). La souscription d'une option complémentaire A ou B se fait à l'aide du bulletin d'adhésion individuelle téléchargeable depuis le site internet de la FFBAD - rubrique assurance.

### DOCUMENTS À JOINDRE :

Remplir le questionnaire de santé au verso. Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions de ce questionnaire, vous vous engagez à ne pas pratiquer en attendant de fournir un certificat médical (de préférence homologué FFBAD : à télécharger sur <https://badminton-chantecler-bordeaux.org/inscription>).

### COCHER la(les) séance(s) qui vous intéresse(nt) :

#### Jeunes

- ☐ « CP à 6° » le vendredi de 17h45 à 19h au GP3 (avec Passerelle Montgolfier élémentaire à 17h30)
- ☐ « collégiens-lycéens » le lundi de 18h à 19h30 au GP3
- ☐ « collégiens-lycéens » le samedi de 10h à 12 h
- ☐ Stage du 5 au 9 juillet, mardi, jeudi et vendredi, de 17h30 à 19h au GP3
- ☐ Stage du 12 au 16 juillet, mardi, jeudi et vendredi, de 17h30 à 19h au GP3
- ☐ Stage du 16 au 20 août, mardi, jeudi et vendredi, de 17h30 à 19h au GP3
- ☐ Stage du 23 au 27 août, mardi, jeudi et vendredi, de 17h30 à 19h au GP3

#### Adultes

- ☐ Créneau jeu libre lundi 18h-22h30 au GP2,
- ☐ Créneau jeu libre mercredi 20h-22h30 au GP2
- ☐ Créneau jeu libre samedi 9h-12h au GP3
- ☐ Stage du 5 au 9 juillet, mardi et jeudi de 19h à 20h30 au GP3
- ☐ Stage du 12 au 16 juillet, mardi et jeudi de 19h à 20h30 au GP3
- ☐ Stage du 16 au 20 août, mardi et jeudi de 19h à 20h30 au GP3
- ☐ Stage du 23 au 27 août, mardi et jeudi de 19h à 20h30 au GP3

Conformément à la loi 78-17 du 06.01.78, les adhérents sont informés de ce que les informations sont destinées à alimenter un fichier informatisé en mis œuvre par CHANTECLER. Ils disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant. L'Association CHANTECLER dans le but de favoriser le développement des différentes sections peut être amenée à communiquer à des tiers les coordonnées des adhérents. Ces derniers peuvent s'opposer à cette cession sur papier libre adressé à la Présidence de CHANTECLER

# Renouvellement de licence d'une fédération sportive

## Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON                                                                                                                                                                      | OUI                      | NON                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <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"/> |
| <b>A ce jour</b>                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</b>                                                                                                                                      |                          |                          |

|                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>                                                                                                                                              |
| 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. |

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>                                  |
| 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 QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du licencié : \_\_\_\_\_

### Pour les mineurs :

Je soussigné(e), NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

en ma qualité de représentant légal de :

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal : \_\_\_\_\_