

Nom : Prénom : Licence n°*
 (*à compléter par le club)

Sexe : M / F Nationalité :

Né(e) le à*
 (*préciser le CP de la ville de naissance)

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. portable

Email (adresse pour communication avec le club) :@.....

N° de permis de conduire

Cotisations :

	Athlé Running*	Athlé Compétition	2ème licence Athlé Compétition	2ème licence Athlé Santé Loisir
Orgerussien(ne)	90 €	107 €	101 €	85 €
Non Orgerussien(ne)	100 €	117 €	111 €	95 €

25€ supplémentaires sont demandés pour les personnes souhaitant commander un maillot aux couleurs du club.

***Licence Athlé Running**

Donne accès aux activités du club, aux compétitions individuelles et collectives (hors championnat). Cette licence vise des personnes à la recherche de la convivialité et de l'émulation d'un groupe, ou à faire progresser des coureurs préparant des courses (hors championnats).

***Licence Athlé Compétition**

Donne accès aux compétitions individuelles et collectives y compris accès aux Championnats (comprend les cross, Chpt des Yvelines et tous autres championnats) quelle que soit sa nature, piste ou hors stade.

Règlement : Virement Chèque (ordre « Le Souffle d'Orgerus »)

Pour le virement : IBAN : FR 76 10278061060002078890172

BIC : CMCI FR 2A

Pour les personnes devant fournir certificat médical, il est impératif d'utiliser le formulaire FFA (voir page suivante)

Merci de renvoyer cette fiche complétée et accompagnée du certificat médical et du règlement associé à

**Franck VANDERMEERSCH – 34 bis rue des Bas Fonceaux – 78910 TACOIGNIERES
 Ou Françoise BOURCIER – 13, rue des sablons – 78550 RICHEBOURG**

Le Souffle d'Orgerus est susceptible de mentionner vos nom et prénom ou de faire apparaître votre photo sur les moyens de communication du club, à savoir : tableau d'affichage, magazines et publications, site internet du club. Si vous souhaitez ne pas être cité ou ne pas paraître dans ces publications éventuelles, merci de le préciser en cochant la case ci-après :

CERTIFICAT MEDICAL ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS :

Correspondance : Alexandre VANWYNSBERGE – 8, impasse des Vignes - 78910 ORGERUS

Tel : 06 89 13 31 54 - e-mail : lesouffledorgerus@hotmail.fr - www.lso-fouleedorgerus.com

Siège Social : Mairie d'Orgerus (78910) - Association Sportive "Le Souffle d'Orgerus" – Siret : 808 466 155 00013 - n° FFA : 078 118

**EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA
FEDERATION FRANÇAISE D'ATHLETISME**

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F M Né (e) le : _____

Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :

Spécialités athlétiques pratiquées :

Niveau de performance : départemental régional interrégional national

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN
pour dossier patient** (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non
Si oui, précisez :

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :

Avez-vous déjà été opéré ? oui non
Précisions (année et type d'opération)

Etes-vous soigné pour :

le coeur ?	oui	non
la tension artérielle ?	oui	non
le diabète ?	oui	non
le cholestérol ?	oui	non

Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non
Si oui lesquels ?

A l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti

une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ?	oui	non
des palpitations (sensation de battements anormaux) ?	oui	non
un malaise ?	oui	non

Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non

Date du dernier Electrocardiogramme : Résultat ?

Date de la dernière prise de sang : Résultat ?

Nombre de cigarettes par jour :

Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :

Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non
Si oui lesquels ?

Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui, lesquelles ?

Date de la dernière vaccination contre le tétanos :

Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?

Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou
des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non
Si oui précisez :

Je soussigné (e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus.
Date : _____ Signature : _____

Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au club :

CERTIFICAT MEDICAL

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné(e) Docteur _____

certifie avoir examiné M. / Mme / Melle : _____ le _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ demeurant à _____

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN
COMPETITION.

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 antidopage.

Date :

Signature et Cachet :