

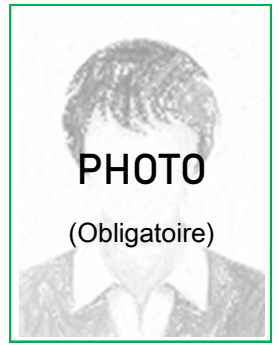


# FORMULAIRE D'ADHESION

POUR LES MINEURS (DE 2006 À 2017)

## Saison 2023—2024

Stade et avenue Maurice Chevalier  
06150 CANNES LA BOCCA  
Tél : 04 93 47 03 54 – Mail : [ac.cannes@wanadoo.fr](mailto:ac.cannes@wanadoo.fr)  
Internet : <https://www.accannes.fr/>



L'ACC a obtenu en 2023 les Labels de la FFA pour les secteurs suivants :



Possibilité de déposer 3 chèques encaissables à un mois d'intervalle

**Une copie de pièce d'identité est à fournir pour toute nouvelle adhésion.**

Aucun remboursement de cotisation n'est possible en cours d'année, quel qu'en soit le motif.

### ASSURANCES

L'AC CANNES a opté pour l'assurance Responsabilité Civile (RC) proposée par la FFA.  
L'AC CANNES inclut dans l'adhésion la souscription au contrat d'assurance individuelle Accident et Assistance proposée par la FFA et couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut exposer le licencié.

### LE REGLEMENT INTERIEUR ACC

Il s'applique à tout adhérent de l'association. Il est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait au fonctionnement pratique des activités de l'Association.  
Il est consultable sur le site internet du club :

[www.accannes.fr/le-club/reglement-interieur/](http://www.accannes.fr/le-club/reglement-interieur/)

### Licence Découverte / Compétition

Maillot obligatoire inclus dans la 1ère licence

- 1ère Licence 220 €  
 Renouvellement 195 €

### Licence Running / Santé

A partir de la catégorie Cadets

- Loisir Running 165 €  
 Loisir Santé 195 €

### Réduction Familles

-20 € à partir de la 2<sup>ème</sup> licence  
(non cumulable avec le tarif étudiant)

### CADRE RÉSERVÉ AC CANNES

Remis le : .....  
Renouvellement : OUI  NON   
N° de Licence : ..... Cat .....  
Groupe : .....  
Certificat Médical  Pièce d'Identité   
Attestation Santé  N°PS .....  
Espèces  Pass' Sport  Helloasso   
Chèques  Carte Banc.  Virement   
Banque : .....  
N° Chèque 1 : ..... €  
N° Chèque 2 : ..... €  
N° Chèque 3 : ..... €  
N° de Dossier : .....

Nom : .....  
Prénom : .....  
Né (e) le : ..... à : .....  
Fém.  Masc.  Nationalité : .....  
(L'Athlète étranger ayant réalisé une perf.de niveau IA ou IB de moins d'1 an doit le signaler)

Mail athlète : .....

Tél portable : ..... Tél fixe : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Etablissement Scolaire : .....

Licencié dans un autre club FFA en 2022-20223: .....

Personne à prévenir en cas d'accident : .....  
Tél : .....

Informations (allergies...) : .....

Père : ..... Profession : .....

Mail : ..... Tél : .....

Mère : ..... Profession : .....

Mail : ..... Tél : .....

### AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné, ..... en ma qualité de  
père / mère / représentant légal de l'enfant .....

- L'autorise à pratiquer l'athlétisme au sein du Club, à suivre les entraînements, les compétitions, les stages ainsi que les activités programmées par celui-ci.
- L'autorise à suivre tous les déplacements organisés par l'Athlétic Club de Cannes durant la saison sportive 2023/2024, soit en déplacement collectif, soit avec l'aide d'autres parents ou membres de l'association en voiture particulière. Je serais informé par convocation distribuée lors des entraînements.
- Autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang, conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage
- Autorise le club (et les entraîneurs), en cas d'impossibilité de communiquer avec la personne responsable, à prendre les mesures médicales adéquates dans le cas d'un accident sportif ou de la circulation (hospitalisation)
- Autorise le club à prendre des photos ou vidéos de mon enfant et à les diffuser dans le cadre du journal du club, de la presse, et de toutes publications promotionnelles du club (papiers ou internet).
- Accepte le règlement intérieur de l'AC CANNES et la réglementation FFA concernant notamment les informations d'assurance, de droit à l'image, d'informatique et libertés (disponibles sur notre site ou consultable au secrétariat du club).

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

### PARTICIPATION A LA VIE DU CLUB

Le club a aussi en charge plusieurs tâches. Pour l'organisation de ces tâches, indispensables à la bonne marche du club, nous avons besoin de toutes les bonnes volontés, même si vous vous engagez à ne venir qu'une seule fois vous aurez apporté votre pierre à l'édifice. Seriez-vous d'accord pour participer en fonction de vos disponibilités à la vie du club :

MÈRE :  
Aide lors des grandes manifestations (Cross des Iles, Semi Marathon, etc. ) OUI  NON   
Aide lors des compétitions d'Athlétisme sur notre stade OUI  NON   
En tant que jury lors des compétitions (après une petite formation) OUI  NON   
PÈRE :  
Aide lors des grandes manifestations (Cross des Iles, Semi Marathon, etc. ) OUI  NON   
Aide lors des compétitions d'Athlétisme sur notre stade OUI  NON   
En tant que jury lors des compétitions (après une petite formation) OUI  NON

### QUESTIONNAIRE SANTE

J'atteste avoir rempli le questionnaire et répondu « **NON** » à toutes les questions du questionnaire de santé prévu à l'article D.231-1-4-1 du code du sport (en ligne sur mon espace personnel FFA, soit en version papier jointe).

Nom et Prénom : .....  
en ma qualité de père / mère / représentant légal de l'enfant  
Fait le : ..... Signature : .....

### CERTIFICAT MEDICAL

**Le certificat médical doit être daté de moins de 6 mois au moment de la prise de licence.**

Conformément aux articles L.231-2 et L.231-2-2 du Code du Sport  
Je soussigné (e) Docteur (en toutes lettres) .....

certifie que l'examen clinique ce jour de .....

M. / Mme : .....

Né (e) : .....

confirme l'absence 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 (ALFD) 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.

Fait à : ..... Le : .....

Signature et cachet du médecin

## QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

**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 <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ___ ans
<b>Depuis l'année dernière</b>		<b>OUI    NON</b>
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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 vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Le sportif mineur devra fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour obtenir ou renouveler sa licence. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Vous n'avez pas de certificat médical à fournir pour votre enfant mineur. Simplement attestez, en remplissant ce questionnaire sur son espace personnel en ligne ou en retournant une version papier au Club, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.