



## FICHE D'INSCRIPTION - SAISON 2018/2019

### Créneaux choisis (1 créneau par personne inscrite) :

#### Jeunes :

- > Mercredi : (loisirs gr1 salle Le Borgne) de 18h à 19h  (loisirs gr2 salle Le Borgne) de 19h à 20h
- > Jeudi (entraînements salle verte) de 17h30 à 19h30

#### Adultes et juniors :

- > Mardi : (équipe CORPO HILL-ROM à Le Borgne ) de 18h à 20h  (loisirs à Le Borgne) de 20h à 22h30
- > Jeudi (entraînements salle verte Goh-Lanno) de 19h30 à 22h45

### Type d'inscription (cochez la case correspondante à votre situation) :

<input type="checkbox"/>	1ère inscription	<input type="checkbox"/>	Réinscription	N° de licence (pour chaque joueur, si connu) : .....
<input type="checkbox"/>	Adulte	<input type="checkbox"/>	Enfant	N° de licence (pour chaque joueur, si connu) : .....

### **A REMPLIR EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE**

NOM	PRENOM	Sexe	Date naissance	Nationalité
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

ADRESSE : .....

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

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Adresse mail (*IMPORTANT afin de recevoir les informations du club tout au long de la saison*) :  
.....

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club de Badminton PLUVI'BAD.

j'ai pris connaissances des conditions d'assurance liée à la licence FFBAD (voir sur le formulaire de prise de licence).

Fait à ....., le .....

**Signature précédée de la mention "lu et approuvé" :**

La fiche d'inscription doit être accompagnée OBLIGATOIREMENT de :

le **certificat médical** ( pour la 1ère inscription et tous les 3 ans ) ou le questionnaire de santé QS-SPORT + ATTESTATION ( si certificat inférieure à 3 ans de suite et si pas de réponse positive au questionnaire ).

le montant de la cotisation (chèque à l'ordre de PLUVI'BAD)

le formulaire de prise de licence (à imprimer **en 2 exemplaires** et à remettre au club; un exemplaire vous sera restitué après vérification)

l'autorisation parentale pour les MINEURS (à compléter page suivante)



## AUTORISATION PARENTALE

### A compléter par les responsables légaux des adhérents mineurs lors de l'inscription.

Je, soussigné(e), .....

Responsable légal de .....

1- l'autorise à participer aux activités de l'association PLUVI'BAD pour la saison 2018-2019 et

l'autorise\* / ne l'autorise pas\* à faire du badminton en compétition.

2- autorise\*/interdit\* le club à utiliser mon image dans tous les documents, articles, expositions, publicités relatives à son activité.

3- autorise\*/interdit\* le club ou un parent, à véhiculer mon enfant sur les lieux des compétitions.

4- Donne\*/ne donne pas\* l'autorisation à PLUVI'BAD de prendre les mesures nécessaires en cas d'accident et éventuellement de faire conduire mon enfant au centre hospitalier le plus proche. Les frais médicaux seront à ma charge.

Nom, Prénom et N° de téléphone des personnes à prévenir en cas d'urgence.

.....  
.....

Précisions médicales utiles (allergies, asthme, etc...) :

.....  
.....

Les mineurs sont sous la responsabilité de l'association exclusivement pendant la durée de la pratique.

un enfant ne peut être laissé seul sans que l'adulte qui l'accompagne ne se soit, auparavant, assuré de la présence effective sur place d'un responsable de l'association.

Fait à ....., le .....

Signature précédée de la mention "lu et approuvé" :

(\* : barrer les mentions inutiles)



## COTISATIONS

### Tarifs des cotisations annuelles pour la saison 2018/2019 :

Jeunes loisirs (1 heure par semaine) : 60 €

Jeunes compétiteurs (2 heures par semaine) : 90 €

Adultes loisirs : 80 €

Adultes compétiteurs : 90 €

Adultes Hill-Rom : 50 € ( + 30 € participation CE Entreprise)

### Règlements du ou des cotisations :

Le club est affilié à l'ANCV, nous acceptons les chèques vacances et les coupons sports. Le règlement peut se faire également en espèces ou par chèque à l'ordre de PLUVI'BAD.

#### COUPON A DECOUPER ET A RETOURNER AVEC LES PAPIERS

---

Nom et Prénom du représentant légal : .....

Jeunes loisirs : .....X 60 € = .....

Adultes loisirs : .....X 80 € = .....

Compétiteurs : .....X 90 € = .....

TOTAL = .....

Règlement choisi : espèces       chèque (à l'ordre de PLUVI'BAD)       chèques vacances ANCV   
coupons sports ANCV       autres (après accord du club)

Fait à ....., le .....

Signature



## CONTACTS ET INFORMATIONS CLUB

### **Coordonnées du club :**

Adresse du club : PLUVI'BAD, 4 lotissement Avel Dro, 56330 PLUVIGNER

N° SIRET : 810 008 805 00014 code APE : 9312 Z

### **Pour nous contacter :**

Par mail : [pluvibad@gmail.com](mailto:pluvibad@gmail.com)

Par téléphone : 06 88 24 01 24

Sur le site internet du club : <http://pb-pluvigner.clubeo.com>

### **Membres du bureau :**

Président : Philippe Varin

Vice-président : Romain Pernet

Secrétaire : Jérôme Le Garff

Secrétaire adjointe : Martine Hirsch-Gerdolle

Trésorière : Laurence Mahéo

Trésorier adjoint : Nicolas Guillemotte

## 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"/>	
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>			

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

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

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 :

## Certificat médical de non contre-indication Formulaire obligatoire

### Formulaire 1

adoption :  
entrée en vigueur : 01/09/2017  
validité : permanente  
secteur : ADM  
remplace : Chapitre 2.1.F1-2016/1  
nombre de pages : 1

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

### ENGAGEMENT DU JOUEUR POUR LE CERTIFICAT MEDICAL

Le badminton est un sport qui peut solliciter intensément les systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la prudence pour la délivrance de ce certificat. Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe chez les séniors et aussi chez les plus jeunes.

Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

La commission médicale de la FFBaD rappelle l'utilité:

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents personnels et familiaux, à la recherche de facteurs de risques : Symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort, anomalies du bilan lipidique, hypertension artérielle, diabète, obésité, atteinte de la fonction rénale, élévation de la CRP. et antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire.
- d'un examen clinique attentif.
- d'un électrocardiogramme de repos de dépistage à partir de l'âge de 12 ans.

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique, etc. en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque après en avoir apprécié l'importance.

**Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence pour la pratique du badminton, y compris en compétition.**

Fait le ..... à .....  
*(Signature du joueur ou de son représentant légal,  
précédée de la mention « lu et approuvé »)*

### Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom ..... Prénom .....  
né(e) le : / /

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du sport ou du badminton, y compris en compétition.

Fait le ..... à ..... Signature et cachet du médecin examinateur

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux.*

**L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être remis avec la demande de licence au club qui le conservera**