

# SCO STE MARGUERITE MARSEILLE ATHLÉTISME

## BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2022/2023

INFOS GÉNÉRALES

**RENOUVELLEMENT** Licence n° : \_\_\_\_\_  **NOUVELLE ADHÉSION**

Nom de l'entraîneur : \_\_\_\_\_  
Discipline et lieu d'entraînement : \_\_\_\_\_

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

**SEXE :**  F  M **DATE DE NAISSANCE :** (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NATIONALITÉ :** \_\_\_\_\_ **TEL :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE :** \_\_\_\_\_

**CODE POSTAL :** \_\_\_\_\_ **VILLE :** \_\_\_\_\_

**E-MAIL :** (obligatoire et en lettres capitales) \_\_\_\_\_

**PROFESSION/ÉTUDES :** \_\_\_\_\_

**TYPE DE LICENCE :**  LICENCE COMPÉTITION **Piste**  **Running**  **Marche Nordique**   
 LICENCE LOISIR RUNNING  LICENCE DÉCOUVERTE  
 LICENCE ATHLÉ SANTÉ / MARCHÉ NORDIQUE  LICENCE ENCADREMENT

CERTIFICAT

### Certificat médical : (Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport)

- Pour les licences Athlétisme Compétition, Athlétisme Entreprise et Athlétisme Running, le soussigné **majeur** certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme en compétition datant de moins d'un an à la date de prise de la licence.
- Pour les licences Athlétisme Santé, le soussigné **majeur** certifie avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme datant de moins d'un an à la date de prise de la licence.
- Dans le cadre d'un renouvellement de licence, et dans les conditions prévues par le Code du Sport, le soussigné peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical.
- **Pour la prise d'une 1ère licence ou le renouvellement de la licence d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale peut attester avoir rempli, avec son enfant, le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et voir son enfant dispenser, dans les conditions prévues par le Code du Sport, de présenter un certificat médical.**

POUR LES MINEURS  
UNIQUEMENT

### Autorisation parentale pour les mineurs - Décharge parentale (Père, mère ou tuteur légal)

#### Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation

- Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, .....  
en ma qualité de (*entourer*) père, mère, représentant légal de l'enfant ..... autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
- En ma qualité de (*entourer*) père, mère, représentant légal de l'enfant ..... autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.
- Je l'autorise également à pratiquer l'athlétisme au sein de la SCO Ste Marguerite Marseille pour la saison 2022/2023 et en particulier à **participer à tous les entraînements et/ou compétitions, ainsi qu'aux déplacements nécessaires à cette pratique**. J'atteste également avoir pris connaissance des conditions de transports de mon enfant, et autorise donc qu'il soit transporté dans les véhicules de particuliers ou de location, conduits : soit par des parents, soit par des membres du Club. J'autorise également la SCO Ste Marguerite Marseille à prendre toutes les **mesures nécessaires en cas d'accident**.

MENTIONS LÉGALES

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la SCO Ste Marguerite, de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme. **Droit à l'image :** Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

**J'accepte l'utilisation de mon image**

**Je refuse l'utilisation de mon image**

*L'absence de réponse vaut acceptation.*

### Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. À cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@athle.fr Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

**J'accepte la transmission des informations**

**Je refuse la transmission des informations**

*L'absence de réponse vaut acceptation.*

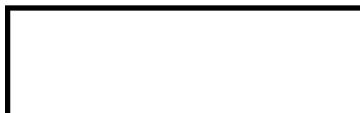
Le coût de l'inscription est dû en sa totalité. Conformément à l'article 5 des statuts de la SCO Ste Marguerite, aucun remboursement ne sera effectué après l'inscription, même avec un certificat médical. Il n'est pas possible d'échanger les inscriptions même avec un membre de la même famille.

Fait à .....Le .....

Je désire une facture pour un remboursement CE :  OUI  NON



Signature du licencié  
(des parents ou du représentant  
légal si le licencié est mineur)



Réservé CLUB  
Saisie SI-FFA le :



# TARIFS DES LICENCES

## SAISON 2022/2023

### LICENCE DÉCOUVERTE OU COMPÉTITION

PISTE, ROUTE, TRAIL, MARCHÉ NORDIQUE COMPETITION

	CATÉGORIES	ANNÉES DE NAISSANCE	TARIFS
LICENCE DECOUVERTE	BABY ATHLÉ	2017 à 3 ans	230€
	EVEIL ATHLÉTIQUE	2014 à 2016	200€
	POUSSIN	2012 et 2013	200€
	BENJAMIN	2010 et 2011	200€
	MINIME	2008 et 2009	200€
LICENCE COMPÉTITION	CADET	2006 et 2007	190€
	JUNIOR	2004 et 2005	190€
	ESPOIR	2001 à 2003	190€
	SENIOR	1989 à 2000	220€
	MASTER	1988 et avant	220€

### LICENCE LOISIR

	TARIFS
RUNNING	160€
MARCHE NORDIQUE	140€
SPORT SANTÉ	90€
DIRIGEANT/ENCADRANT/OFFICIEL*	50€

\*Sous réserve d'avoir officier 4 fois/an pour le club

### OPTIONS

Demandeurs d'emploi (sur justificatif)**	- 50€
**Uniquement pour les licences "compétition"	
A partir de la 3ème licence par famille	- 50€
Section sportive (collèges en convention) Convention CE : CMCAS, CSPCG 13, CAL Busserade	Nous contacter
Multisports EA/PO	200€
Multisports + Athlé	250€

### INFORMATIONS

Afin de faciliter la gestion des inscriptions nous vous demandons de respecter ce fonctionnement :

- Remise des dossiers **complets** au siège du club, ou par courrier, ou à Loulou et Jean-Louis AUDIBERT (stade Jean Bouin), à Olivier JOUVE et Laurent MANNEVEAU (stade Delort et Luminy) ou aux membres du Bureau du club le samedi matin à Luminy.
- Le paiement peut s'effectuer en plusieurs chèques remis en une seule fois. Nous prenons la carte Collégiens de Provence, les chèques L'attitude 13 et le Pass'Sport.



#### SCO STE MARGUERITE

1 boulevard de la Pugette

13009 MARSEILLE

04 91 75 24 24

e-mail administratif : sco.athle@laposte.net

e-mail technique et sportif : scoathle@gmail.com

**SCOATHLE-MARSEILLE.FR**



**SCO Marseille Athlé**



**SCO Marseille**



**@SCOMarseille**



**@sco\_marseille**

# RENOUVELLEMENT DE LICENCE DU SPORTIF MAJEUR

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ “ QS-SPORT ”

**ATTENTION : Merci de vous assurer que vous n'avez pas déjà présenté trois années de suite un questionnaire de santé.**

Ce questionnaire de santé, **destiné aux personnes majeures**, permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive. Au minimum, la présentation d'un certificat médical sera exigée tous les trois ans.

<b>NOM :</b>	<b>PRÉNOM :</b>
--------------	-----------------

**RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.**

**Durant les douze derniers mois :**

**OUI NON**

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>

**À ce jour :**

7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur par suite d'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"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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

Vous devez fournir un certificat médical d'absence de contre-indication pour renouveler votre 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. Simplement attestez, en remplissant ce questionnaire sur votre 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.

Fait à .....Le .....



Signature du licencié

--

# 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  un garçon  Ton âge : \_\_ \_\_ ans NOM : PRÉNOM :

## Depuis l'année dernière

	OUI	NON
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"/>

## Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

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"/>

## Aujourd'hui

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"/>

## Questions à faire remplir par tes parents

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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.)

### 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.

Fait à .....Le .....



Signature  
des parents ou du représentant légal

# CERTIFICAT MÉDICAL POUR L'ATHLÉTISME

**(compétition, running, découverte et marche nordique compétition)**

Je soussigné(e) Docteur en médecine.....

certifie avoir examiné ce jour : .....

né(e) le :

**et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique de l'athlétisme EN COMPÉTITION.**

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 anti-dopage.

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

**Fait à .....**

**Le .....**

**Signature et cachet du médecin**



# CERTIFICAT MÉDICAL

## POUR LA MARCHÉ NORDIQUE ET L'ATHLE SANTÉ (hors compétition)

**(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)**

Je soussigné(e) Docteur en médecine.....

certifie avoir examiné ce jour : .....

né(e) le :

**et confirme l'absence de signes cliniques contre-indiquant la pratique HORS COMPÉTITION de :**

LA MARCHÉ NORDIQUE

L'ATHLE SANTÉ

**RECOMMANDATIONS MÉDICALES**

à destination du Coach Athlé Santé, de l'Animateur Marche Nordique et de l'entraîneur Running  
Précautions à prendre concernant (entourer les mentions utiles et préciser le cas échéant) :

**L'appareil locomoteur :**

- Colonne vertébrale :
- Membres supérieurs :
- Membres inférieurs :
- Mouvements à éviter :

**L'appareil cardio-vasculaire :**

- Fréquence cardiaque / minute maximale à ne pas dépasser :
- Signes cliniques imposant l'arrêt de l'activité :
- Stage de réhabilitation cardio-respiratoire réalisé :     OUI     NON
- Depuis combien de temps ?
- Besoin d'O2 ?         OUI     NON    Quand ?

**L'appareil neurosensoriel :**

- Mouvements à éviter :
- Conséquences d'une altération de l'acuité auditive et/ou visuelle :

**Autres précautions et/ou préconisations** (ex : liées aux traitements en cours, diabète et risque d'hypoglycémie, appareillage éventuel, cicatrices, saturation en oxygène, etc...)

.....  
.....

Certificat médical délivré à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

**Fait à** .....

**Le** .....

**Signature et cachet du médecin**