



Union Olympique Albertville Tarentaise
6 avenue de Winnenden
73200 ALBERTVILLE
Site web : <http://www.uoat.fr>
Tél pour licences : 07 50 60 89 39

Albertville, le 01 aout 2017

INSCRIPTION CLUB - LICENCE "ATHLE SANTÉ LOISIR" - SAISON 2017-2018

Modalités d'inscription :

L'inscription au club doit être effective au plus tard dans les 2 semaines à partir du premier entraînement.

Le dossier d'inscription doit comprendre :

- le formulaire d'adhésion dûment rempli et signé
 - ↳ Pour la MARCHÉ NORDIQUE (option Santé) ⇒ Un certificat médical "de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme" datant de **MOINS DE 6 MOIS**. Un modèle fédéral est à votre disposition dans le dossier.
 - ↳ Pour le RUNNING + MARCHÉ NORDIQUE (option running) ⇒ Un certificat médical "de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme EN COMPÉTITION" (bien respecter cet intitulé !) datant de **MOINS DE 6 MOIS**. Un modèle fédéral est à votre disposition dans le dossier (permet de participer aux compétitions de "Marche Nordique chronométrées")
- Une photocopie de la carte d'Identité si 1^{ère} inscription au club, ou en cas de changement.
- Le montant total du règlement (possibilité de faire plusieurs chèques ; encaissement sur plusieurs échéances).

La prise de licence ne sera effectuée qu'après la remise du dossier complet, à remettre à son entraîneur.

Montant de la cotisation ➤ licence Athlé Santé/Loisirs : Option Santé:	MARCHÉ NORDIQUE	105 € *
Montant de la cotisation ➤ licence Athlé Santé/Loisirs : Option Running <small>cette option permet de participer aux <u>compétitions de "Marche Nordique chronométrées"</u> et de running</small>	RUNNING	115 € *

* Un Tee shirt du club sera offert avec la prise de licence.

- 10% de réduction à partir du 2^e inscrit de la même famille, sur le total des cotisations
- Carte "PASS' REGION" acceptée (photocopie R/V à joindre au dossier d'inscription)
- Chèques vacances acceptés
- A noter : certaines communes offrent à leurs résidents un chèque associatif, renseignez-vous en mairie.

Entraînements: (une tenue adaptée à la pratique est exigée)

- **MARCHÉ NORDIQUE** : le mardi de 18 h00 à 19 h30 et le samedi de 10 H à 11 h30 (sauf vacances scolaires)

Les séances de Marche Nordique auront lieu soit au Parc du Sauvay d'Albertville, ou soit dans un autre site de pratique tel que "sentier découverte" ou "urbain en hiver" et dont le lieu sera fixé par l'entraîneur lors de la séance précédente.

Au cours de la saison,, possibilité de participer avec l'UOAT à des rassemblements régionaux de marche Nordique "Parcours loisirs" ou "Parcours compétitions".

D'autre part, le club a besoin d'un maximum de bonnes volontés pour fonctionner, notamment dans le secteur des organisations, de l'encadrement etc. Sachez que vous êtes les bienvenus dans la mesure du possible. N'hésitez donc pas à vous manifester !

Profil licencié

Mon passé sportif et mon niveau actuel d'activité physique (en heure/semaine)

Mes principaux objectifs dans la pratique de l'activité marche nordique

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication :

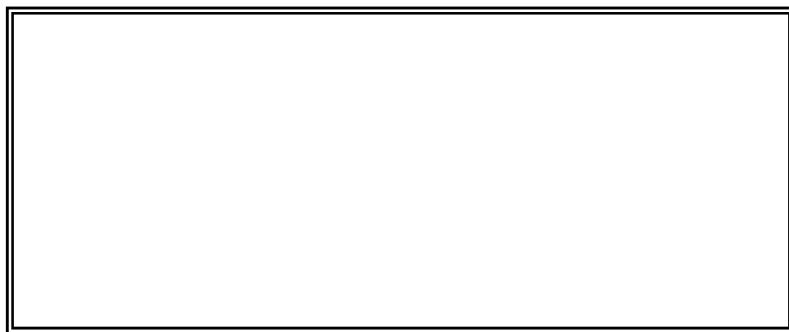
▶ 1) "à la pratique de l'Athlétisme en compétition" (pour les licences Athlé-compétition, Athlé-découverte et **Athlé-loisir-santé option running**.)

▶ 2) "à la pratique de l'Athlétisme" (pour les licences **Athlé-loisir-santé option santé**.
(ex : Marche nordique)

▶ **Rayer la mention inutile 1) ou 2)**

Je l'informe de l'obligation 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.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____



Cachet du Médecin et Signature du médecin

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent une Licence, doivent produire

- un certificat médical de non-contre indication à **la pratique de l'Athlétisme en Compétition** pour les licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Santé Loisir – option Running ;
- un certificat médical de non-contre indication à **la pratique de l'Athlétisme** pour la licence Athlé Santé Loisir – option Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.

Examen médical préalable à la prise de licence dans un Club*(Recommandé par la Commission Médicale de la FFA)*NOM : _____ Prénom : _____ Sexe :

M	F
---	---

Né(e) le : _____

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

Spécialités athlétiques pratiquées : _____

Niveau de performance :

Départemental	Régional	National
---------------	----------	----------

Questionnaire médical confidentiel à remplir par le sportif avant la consultation médicale

(Entourer la bonne réponse)

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 cœur ?	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 ?		
Prenez vous des vitamines ou des compléments alimentaires ?	OUI	NON
• Si oui, lesquels ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Combien de verres de bières, vin ou autres alcool buvez-vous par jour ?		
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?		
Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ?	OUI	NON
• Si oui, précisez ?		
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 ?		
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 des allergies	OUI	NON
• Si oui, lesquelles ?		
Avez-vous déjà consulté un Cardiologue ?	OUI	NON
Date du dernier Electrocardiogramme ?		Résultat ?
Date de la dernière prise de sang ?		Résultat ?
Date de la dernière vaccination contre le tétanos ?		

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

Date : _____

Signature :