



bulletin pour les adhérent afin de fournir les informations au processus de prise de licence
bulletin (page 1 et 2), dûment complété, sera archivé au club et pourra être exigé par la FFL.

CLUB : **OLYMPIC LUTTE DREUX ATLAS**

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM Prénom Tel

Adresse Code Postal Localité

QPV (Quartier Prioritaire Politique de la Ville) - ZRR automatiquement enregistré avec l'adresse du licencié

E-mail (**obligatoire**) Autorise l'utilisation interne du mail par la FFL.

Date de naissance : / / Dpt naissance : (00 hors France) Lieu naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Nationalité : Française Autre

Accepte que soient diffusés sur le site internet public : mon nom, prénom, club, catégorie d'âge et discipline.

2 - CATÉGORIE DE LICENCE DEMANDÉE :

Pour la pratique (entraînement et compétition)

Dirigeant (pas de compétition)

3^{ème} membre d'une famille

Pratique WRESTLING TRAINING

DISCIPLINES : ★ LUTTE

Ajouter chiffre 1 pour la discipline principale GRAPPLING

SAMBO

3 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, d'intervention médicale ou chirurgicale, je donne (1), ne donne pas (1) (1) : rayer mention inutile)
l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour mineur, signature d'un parent ou tuteur légal.

NOM, Prénom, qualité du signataire :

N° téléphone (*cas d'urgence*) : Signature :

4 - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ, **DÉCLARE :**

NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

- Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complétés, l'ensemble des informations demandé sur ce bulletin (page 1 et 2).
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Etre informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la FFLutte, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6/01/1978).
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif (*si refus, rayer cette phrase*).
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant ce bulletin.

DE PLUS, JE DECLARE AVOIR :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence FF LUTTE et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison.
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT LUTTE » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

GARANTIE DE BASE INDIVIDUELLE ACCIDENT

OUI, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » proposée par la fédération

NON, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « SPORTMUT LUTTE »

OUI, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription attaché au présent bulletin et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.

Date / ... / Signature

5 - DÉTAIL DU MONTANT DE LA COTISATION

| Part fédérale (versée à la FFL) | | Pièces à joindre | Total à payer |
|---|--------|--|---------------|
| Lic. pratiquant, dirigeant avec RC (4€) | 38 € | - Document officiel avec photo attestant de l'identité et de la nationalité. - Photo d'identité (format papier ou numérique)* | |
| Assurance individuelle accident | 3,16 € | | |
| Adhérent | 28 € | | |

* Photo obligatoirement téléchargée sur intranet FFL pour l'inscription aux compétitions par intranet



6 - AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR LES MINEURS

En application de l'article R.232-52 du code du sport

Je soussigné(e) (Nom Prénom) Agissant en qualité de
 représentant légal de l'enfant mineur (Nom Prénom de l'enfant) :

Autorise tout préleveur agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage, en lui présentant ce document, à
 procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang...) lors d'un contrôle antidopage sur cet
 enfant mineur.

Fait àle / /..... Signature :

L'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est
 susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

7 - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 - Arrêté du 20 avril 2017

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence.
 Ce questionnaire ne concerne pas les nouveaux licenciés et ceux souhaitant pratiquer le « *grappling combat* »
 ou le « *sambo combat* » qui doivent nécessairement fournir un certificat médical chaque saison.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON - Les réponses relèvent de la responsabilité du licencié

| DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ? | | |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | | |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | | |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | | |
| 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 ? | | |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | | |
| A CE JOUR | OUI | NON |
| 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 ? | | |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour raisons de santé ? | | |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | | |

- J'atteste avoir répondu « NON »** à toutes les questions et avoir fournir le questionnaire à mon club.
 Dans ce cas le certificat médical fourni en 2016-2017 est encore valable pour la saison 2017-2018 et je n'ai pas à compléter le certificat médical ci-dessous.
- J'atteste avoir répondu « OUI »** à au moins une question et dans ce cas je dois compléter et fournir à mon club le certificat médical ci-dessous en consultant un médecin.

8 - CERTIFICAT MÉDICAL - Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M. /Mme (Nom prénom)

Né(e) le /..... /..... Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique à l'entrainement et en compétition des disciplines suivantes : Lutte Grappling* Sambo* Fait à Le / /

* Pour le Sambo combat et le Grappling combat des certificats médicaux spécifiques sont à fournir.

Cachet du médecin

Signature du médecin