

FICHE D'INSCRIPTION – 2021/2022

Club Athlétique Bigouden – Poussins

1^o Adhésion au CAB ou Renouvellement N° Licence FFA:.....

"Questionnaire Santé" ou "Certificat Médical" daté du : ____ 2021

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le : ____ Sexe : M F Taille pour le tee-shirt :

Adresse : _____
.....

€ : _____ ou _____ ou _____

@(s) : _____
.....

TARIF DES ADHESIONS : (le changement de catégorie se fera le 1^{er} Novembre 2021 –

Catégorie 2021/2022 - Poussin (2011/2012).

- Pour un Athlète : 130 € ou 110 € pour un renouvellement de 2021

- Pour les familles la deuxième adhésion et les suivantes : 90 €

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

Fait à :

Le :

Signature :

Bénévoles aux organisations de l'année - Athlètes ou Parents d'athlètes

Afin d'assurer l'équilibre financier, le club organise 4 ou 5 manifestations sportives ou extra-sportives

J'accepte d'être contacté par le CAB pour répondre aux appels aux bénévoles :

Oui

Non

Signature :

IMPORTANT : Cette fiche doit être jointe à **Mme Pascale DESMIDT – 6 IMPASSE MENEZ**

BIJIGOU – 29120 Pont-l'Abbé par la poste avec :

+ Payement d'adhésion par chèque(s) à l'ordre du Club Athlétique Bigouden (encaissement en 3 fois possible)

+ Certificat médical ci-contre ou celui de votre médecin pour les nouveaux licenciés.

ou Pour un renouvellement de licence soit un nouveau certificat soit la validation du questionnaire santé sur <http://www.athle.com/acteur> avant votre renouvellement.

Si problème, posez vos questions au secrétaire sur cabigouden@orange.fr

**Reprise de l'école d'Athlétisme le 8 septembre 2021
à 14h30 - Stade Bigouden à Pont-l'Abbé**

CERTIFICAT MEDICAL

(pris en application des articles L.231-2 et L231-3 du code du Sport)

Je, soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour de contre-indication à la **pratique de l'athlétisme en compétition**.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de lutte contre le Dopage un dossier d'autorisation d'usage à des fin thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

DATE

SIGNATURE

CACHET

Validité du certificat médical : moins de 6 mois à la date de l'inscription