



## INSCRIPTION Saison 2025-2026



**Cher·e futur·e adhérent·e, nous vous remercions de lire attentivement les informations ci-dessous afin de compléter et valider votre dossier d'inscription. Merci de renvoyer ce fichier complété et signé à l'adresse suivante : [lasduring.linselles@gmail.com](mailto:lasduring.linselles@gmail.com).**

NOM de l'adhérent :

Prénom de l'adhérent :

### Si mineur :

NOM et prénom du responsable légal (1) :

NOM et prénom du responsable légal (2) :

Numéros de portable :

Tout changement de coordonnées doit être signalé auprès des entraîneurs rapidement ou en écrivant directement à l'adresse mail suivante : [lasduring.linselles@gmail.com](mailto:lasduring.linselles@gmail.com)

Le club dispose d'un groupe [WhatsApp](#) qui sert de canal de diffusion et de partage d'informations sur la vie de l'association. Souhaitez-vous y être ajouté ?

☐ Oui

☐ Non

### **COURS - Rappel réglementaire**

**Rappel** : la responsabilité des cadres sportifs débute à la porte de salle, vous devez déposer vos enfants et vous assurez qu'un entraîneur est là pour prendre en charge le cours. Vous devez également venir chercher vos enfants à l'heure prévue de la fin des cours. (Cf article 3 - Règlement intérieur)

En adhérent à l'As du Ring - Linselles, je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, y adhérer et je m'engage à le respecter.

Les cours sont dispensés par des enseignants bénévoles. Il est possible qu'au cours de la saison, certains entraînements soient annulés et non remplacés. Ces annulations peuvent relever de motifs personnels, professionnels ou pour accompagner des adhérents en compétition, formation ou autre.

### **ASSURANCE**

L'adhérent soussigné (ou son représentant légal) reconnaît avoir été informé de l'intérêt que représente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels sa pratique sportive peut l'exposer (possibilité de souscrire les options 1 ou 2 remplaçants alors la garantie de base de la licence). Il atteste avoir pris connaissance de la notice d'information « Assurance FFSbf&DA » et son complément, reprenant les dispositions d'assurance attachées à la licence FFSbf&DA et affichée dans la salle.

## CERTIFICATS MÉDICAUX

Type de pratique		Prise de licence (licence initiale ou renouvellement)
Mineurs (âge légal)	Pratique en club	Attestation annuelle de réponses négatives au Questionnaire de santé spécifique.
	Compétition en assaut	Attestation annuelle de réponses négatives au Questionnaire de santé spécifique.
	Compétition en combat	Certificat médical spécifique valable 1 an de date à date
Majeurs (moins de 50 ans)	Pratique en club	Attestation annuelle de réponses négatives au Questionnaire de santé spécifique.
	Compétition en assaut	Attestation annuelle de réponses négatives au Questionnaire de santé spécifique. Sinon CACI (Certificat d'Absence de Contre-Indication) à la compétition en assaut.
Majeurs (moins de 40 ans)	Compétition en combat	Certificat médical spécifique valable 1 an de date à date (incluant les conditions médicales spécifiques pour les combattants « vétérans »)
Majeurs (50 ans révolus)	Pratique en club	CACI (Certificat d'Absence de Contre-Indication) à la pratique valable 1 an de date à date.
	Compétition en assaut	CACI (Certificat d'Absence de Contre-Indication) à la compétition en assaut valable 1 an de date à date

Les questionnaires de santé sont disponibles sur internet et notamment sur le [site de notre fédération](#).

### **Autorisation de prise de vue (Droit à l'image) - à remplir par tous**

Dans le cadre des activités de l'association et pour la promotion du club,

Je soussigné-e (NOM, Prénom) -----

Responsable légal de (NOM, Prénom) -----

☐ Autorise ☐ N'autorise pas

l'As du Ring - Linselles à :

- Prendre des photographies, images ou vidéos mettant en scène le pratiquant,

Reproduire, présenter et diffuser ces photographies, images prises et vidéos et de représenter la personne ci-dessus dénommée pour les usages suivants :

- Publication dans la presse locale ou régionale,
- Publication pour une publicité,
- Présentation en public lors d'exposition ou de manifestation sportive,
- La création de support pour promouvoir les activités du club,
- La diffusion sur Internet (site web, réseaux sociaux, presse...)

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du Club et de la Fédération. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser au Président de votre Club.

Fait à :

Le :

Signature du pratiquant ou de son représentant légal si mineur, précédée de la mention "Lu et approuvé" :



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS

Le questionnaire de santé (CERFA n°15699\*01- QS - Sport) permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

- *Si toutes les réponses sont négatives, il suffit de compléter et présenter l'attestation ci-dessous au club. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé ne doit pas être remis au club ni à la Fédération*
- *Si une ou plusieurs réponse(s) est/sont positives, il faut consulter un médecin pour établir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive et/ou à la compétition sous forme d'assaut. Il est utile de lui apporter le questionnaire complété.*

Pour la pratique de la compétition sous forme de combat, la présentation du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la compétition sous forme de combat, valable un an de date à date, reste obligatoire.

-----

## ATTESTATION POUR LES PERSONNES MAJEURES

Dans le cadre du renouvellement de ma licence et conformément aux dispositions spécifiques du Code du Sport et des Règlements Médicaux de la Fédération Française de Savate boxe française et Disciplines Associées, je, soussigné(e) :

Mme / Mr (rayer la mention inutile),

Prénom : ..... Nom : .....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé « QS SPORT » - Cerfa N° 15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé « QS SPORT » renseigné ne doit pas être remis ni au club ni à la Fédération.

Fait à ....., le . . / . . / . . . . ,

Signature :



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MINEURS

Pour simplifier l'inscription à un club et faciliter le renouvellement d'une licence, la présentation d'un certificat médical n'est plus obligatoire. Il est remplacé par un questionnaire de santé de l'enfant.

Ce questionnaire comporte plusieurs questions sur l'état de santé physique et mental de l'enfant. Il est préférable qu'il soit complété par l'enfant lui-même, lorsque les parents estiment qu'il est en âge de le faire. Trois questions s'adressent directement aux parents qui doivent également s'assurer que le questionnaire est correctement complété et suivre les instructions en fonction des réponses données.

- *Si toutes les réponses sont négatives, il suffit de compléter et présenter l'attestation ci-dessous au club. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé ne doit pas être remis au club ni à la Fédération*
- *Si une ou plusieurs réponse(s) est/sont positive(s), il faut consulter un médecin pour établir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive et/ou la compétition sous forme d'assaut. Il est utile de lui apporter le questionnaire complété.*

Pour la pratique de la compétition sous forme de combat, la présentation du certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de la compétition sous forme de combat, valable un an de date à date, reste obligatoire.

-----

## ATTESTATION POUR LES PERSONNES MINEURES

Dans le cadre du renouvellement de ma licence et conformément aux dispositions spécifiques du Code du Sport et des Règlements Médicaux de la Fédération Française de Savate boxe française et Disciplines Associées, nous soussignons, Mme / Mr (rayer la mention inutile),

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Exerçant l'autorité parentale sur<sup>2</sup>, \_\_\_\_\_ attestons que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur a donné lieu à une réponse négative. Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé renseigné ne doit pas être remis ni au club ni à la Fédération.

Fait à ....., le .. / .. / .....

Signatures des personnes exerçant l'autorité parentale :

1 Préciser le prénom et nom des personnes exerçant l'autorité parentale

2 Préciser les prénom et nom de l'enfant mineur