



REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Adresse :

Code postal :

Téléphone :

Mail :

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Veillez joindre impérativement une photo d'identité de l'enfant ainsi qu'une photocopie de sa carte d'identité.

Je soussigné(e) M _____

Représentant légal de _____

- J'atteste avoir pris connaissance du non-remboursement de la cotisation en cas d'exclusion ou d'abandon de l'activité.
- J'autorise le transport de mon enfant pour les déplacements par un dirigeant licencié ou un parent de joueur.
- J'autorise le responsable de son équipe à faire dispenser à mon enfant des soins nécessaires en cas d'urgence.
- Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul les jours d'entraînements et/ou de matchs.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul les jours d'entraînements et/ou de matchs.
- J'autorise mon enfant à être pris en photo et j'accepte la publication, sans contrepartie financière, sur le site internet de l'Association.

En cas de blessure au cours d'un match, une déclaration d'accident est à retirer au Club et à retourner sous 5 jours. (Certificat médical descriptif)



N° 550854

MDA 29 avenue du Maquis de L'Oisans 38800 Le Pont de Claix

fcpontdeclaix@gmail.com 07 60 60 66 36

PACK LICENCE ADIDAS - FC PONT DE CLAIX 2024/2025



Sweat 1/4 zip



Pantalon



Maillot de training



Short



Chaussettes



Catégories U6 à U9 : 180€

Catégories U10 à U13 : 190€

Catégories U14 à U17 : 200€

Catégorie Séniors : 220€



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFF - LICENCIÉ MINEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

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.

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

OUI **NON**

Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré(e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?



DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

OUI **NON**

Te sens-tu très fatigué(e) ?

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?

Te sens-tu triste ou inquiet ?

Pleures-tu plus souvent ?

Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

AUJOURD'HUI

OUI **NON**

Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

OUI **NON**

Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?

Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (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 NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.