

1° 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<sup>er</sup> 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 :

+ Paiement 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](mailto: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 fins 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