



# FICHE D'INSCRIPTION – 2022/2023

Club Athlétique Bigouden – Ecole d'athlétisme

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

“Questionnaire Santé” ou “Certificat Médical” daté du : \_\_\_ \_\_\_ 2022

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> septembre 2022 –

Catégorie 2022/2023 - Poussin (2012/2013) et Eveil Athlé (2014-2015)

– Pour un Athlète : 140€

- Pour les familles la deuxième adhésion et les suivantes : 100 €

Payement par chèque à l'ordre du CAB en une fois, deux ou trois fois, ou Virement sur Club Athlétique

Bigouden : IBAN : FR76 1290 6000 4004 0992 3000 383 BIC : AGRIFRPP829

**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) + Questionnaire santé mineur (format papier) ou Certificat médical ci-contre ou celui de votre médecin

Pour un renouvellement le questionnaire santé « mineur » peu suffire si le questionnaire santé répond Non à toutes les questions – accessible en ligne sur <http://www.athle.com/acteur>

Reprise de l'école d'Athlétisme le 7 septembre 2022  
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