

**ROCHEFORT SPORT ATHLETISME - Année Sportive 2017-2018**  
Fiche d'inscription



5 Avenue Coupo Santo, 30650 ROCHEFORT DU GARD  
 Site : [www.rsathle.com](http://www.rsathle.com) / Mail : [contact@rsathle.com](mailto:contact@rsathle.com)  
 Portable : 06 21 45 40 45 / Fixe : 04 90 26 62 99

**A remplir en lettres capitales**  
Ecrire lisiblement S.V.P.

| Athlète | Parents |
|---------|---------|
|---------|---------|

(Seulement si différent)

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Nom :            | Nom :            |
| Prénom :         | Prénom :         |
| Date naissance : |                  |
| Adresse :        | Adresse :        |
| Tél. fixe :      | Tél port. Mère : |
| Tél. port. :     | Tél port. Père : |
| Adresse mail :   | Adresse mail :   |

|  |                  |
|--|------------------|
| Date du certificat médical :   | Nom du médecin : |
| Madame ou Monsieur (1) ..... autorise ou n'autorise pas (1) les dirigeants de Rochefort Sport Athlétisme à prendre la décision la plus adaptée (transfert à l'hôpital, appel d'un médecin le plus proche, etc.) en cas d'accident concernant mon enfant :<br>..... |                  |

|                        |   |
|------------------------|---|
| Signature de l'athlète | Signature des parents (si athlète mineur) |
| <br><br><br>           | <br><br><br>                              |

(1) Rayer la mention inutile.

## **Certificat Médical**

**pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport**

(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

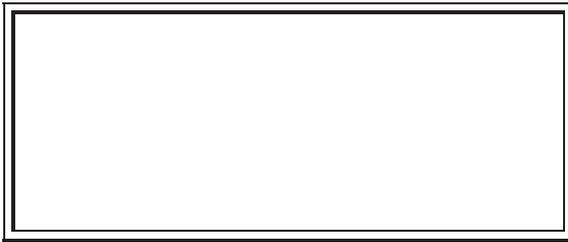
Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : \_\_\_\_\_

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'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



Cachet et Signature du Médecin

### **Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :**

Les personnes qui demandent une Licence, à l'exclusion des Non-pratiquants (Licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;
- un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme pour la Licence Athlé Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.