

Myrmidons Union Sportive Team



Adresse : Centre associatif des Saules – Boîte n° 11, Allée des Cornouillers, 77176 Savigny-le-Temple

 : @mustfootus

 : @myrmidonsfootamericain

DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2024 – 2025

DOSSIER A COMPLETER AVANT LE 15 OCTOBRE 2024

Pièces obligatoires à fournir	Cadre réservé à l'administration du club
Fiche de renseignement	
Cotisation (voir les tarifs ci-dessous)	
Demande de licence FFFA (en annexe) Tampon du médecin du sport ou certificat médical joint Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif majeur en vue du renouvellement d'une licence Tampon du Médecin du sport pour sur-classement des joueurs Signature du licencié (ou du tuteur légal si moins de 18 ans)	
Formulaire SMACL (en annexe) rempli et signé (même sans adhésion, dans ce cas, ne pas cocher la case « décide de souscrire »)	
Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l' obtention , du renouvellement d'une licence (en annexe)	
Fiche de location équipement rempli	
Règlement intérieur signé	
Autorisation Parentale de la FFFA en annexe (si moins de 18 ans)	
Autorisation de droit à l'image rempli et signé	

Pour les débutants uniquement

Photocopie de la carte d'identité ou Passeport en cours de validité	
Une photo d'identité récente	
Certificat médical	

Myrmidons Union Sportive Team



Adresse : Centre associatif des Saules – Boîte n° 11, Allée des Cornouillers, 77176 Savigny-le-Temple

: @mustfootus

: @myrmidonsfootamericain

TARIF 2K25

220 € pour les licenciés
2023/2024

260 € pour les nouveaux
licenciés (avec kit training *)

Fiche de renseignements

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Code Postale :	
📞 Téléphone :	
✉ Courriel :	
Personnes à contacter en cas d'accident	
Nom :	
Prénom :	
📞 Téléphone :	
Nom :	
Prénom :	
📞 Téléphone :	

Autorisation parentale en qualité de (rayer la mention inutile)			Père	Mère	Tuteur légal
Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame (rayer la mention inutile)					
Nom :					
Prénom :					
Résident à l'adresse suivante :					
Ville :					
Code Postale :					
Autorise mon enfant :					
<ul style="list-style-type: none">À la pratique du football américain en loisir ou en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2024 – 2025 au sein de l'association Myrmidons.À participer aux déplacements organisés dans le cadre des compétitions et de ce fait à monter éventuellement dans un véhicule du club, d'un parent ou d'un bénévole de l'associationAutorise les accompagnants responsables de la section à prendre les dispositions nécessaires à sa sécurité ainsi que toute mesure d'urgence médicale ou chirurgicale qui s'imposent en cas d'accident. Je m'engage à régler les dépenses consécutives aux soins.					
Faite le _____ à _____ (Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »)			Signature du représentant/Responsable légal pour les mineurs		

(*): Kit training = Short et tee-shirt des MYRMIDONS

Myrmidons Union Sportive Team



Adresse : Centre associatif des Saules – Boîte n° 11, Allée des Cornouillers, 77176 Savigny-le-Temple

 : @mustfootus

 : @myrmidonsfootamericain

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Résident à l'adresse suivante :

Ville :

Code Postale :

- Accepte d'être filmé et photographié
- Donne l'autorisation de filmer et photographier mon enfant
- M'engage à ne faire aucune restriction à ce droit à l'image et ne demande aucune contrepartie au club des Myrmidons
- Donne l'autorisation au club des Myrmidons de présenter cette image dans le respect des droits de la personne pour toute diffusion et sur tous les supports jugés utiles par le club des Myrmidons.

Faite le _____ à _____
(Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Signature du représentant/Responsable légal pour les mineurs

Myrmidons Union Sportive Team



Adresse : Centre associatif des Saules – Boîte n° 11, Allée des Cornouillers, 77176 Savigny-le-Temple

 : @mustfootus

 : @myrmidonsfootamericain

R.I.B.

CR BRIE PICARDIE
SAVIGNY LE TEMPLE



Tel: 0164105880
Fax: 0164105889

Intitulé du Compte:

**ASSOC. MYRMIDON UNION
SPORTIVE TEAM
CENTRE ASSOCIATIF DES SAULES
ALLEE DES CORNOUILLERS
77176 SAVIGNY LE TEMPLE**

DOMICILIATION

Code établissement

18706

Code guichet

00000

Numéro de compte

97547719291

Clé RIB

85

IBAN (*International Bank Account Number*)

FR76

1870

6000

0097

5477

1929

185

BIC (*Bank Identification Code*) AGRIFRPP887

Myrmidons Union Sportive Team



Adresse : Centre associatif des Saules – Boîte n° 11, Allée des Cornouillers, 77176 Savigny-le-Temple

 : @mustfootus

 : @myrmidonsfootamericain

REGLEMENT INTERIEUR DE L'ASSOCIATION

Loi 1901 – Article 1 : « L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices »

En tant qu'adhérent aux **Myrmidons** et indépendamment de mon statut de licencié sportif, **J'AI LE DROIT** à une contrepartie qui est la raison de mon appartenance à ce club. En retour, **J'AI LE DEVOIR** d'une participation active indispensable à son fonctionnement. Sans participation de l'ensemble des adhérents au projet du club, sa survie est remise en cause.

Les dirigeants de l'association sont élus par voie démocratique lors des assemblées générales. Les adhérents présents aux assemblées les choisissent, ainsi que le projet qu'ils vont porter. Par la suite, les choix sportifs et administratifs sont pris par les dirigeants élus, dans l'intérêt sportif du club et de sa pérennité. Ceci constitue aussi bien un respect de leur engagement qu'un engagement de respect de la part des adhérents envers leurs dirigeants, vis-à-vis des décisions prises dans l'intérêt commun.

En cas de problème vis-à-vis de ma situation par rapport au club, j'ai la possibilité de contacter mon manager de section pour trouver une solution adaptée. En cas de désaccord sur la solution, le litige pourra, le cas échéant, être soumis à la commission concernée ou aux dirigeants du club. En devenant adhérent aux Myrmidons, je m'engage, après en avoir pris connaissance, à respecter le règlement intérieur de l'association dont les règles sont définies ci-après.

Article 1 : Engagement au club

Tout licencié au club s'engage à respecter dans son intégralité le présent règlement. Pour participer aux entraînements et aux rencontres, l'adhérent doit avoir rendu un dossier de licence complet et être à jour de ses cotisations. Aucune exception ne sera faite.

Article 2 : Engagement associatif

Tout adhérent s'engage à répondre aux sollicitations du club (à minima par une participation ponctuelle et si possible par une participation régulière). Chaque « action » effectuée par un adhérent sera suivie et l'importance de sa participation sera reconnue et valorisée.

Article 3 : Respect des équipements

Les équipements sportifs mis à la disposition des adhérents doivent être respectés. Ceci inclut les vestiaires qui doivent être laissés propres après utilisation. Tout adhérent qui dégraderait volontairement le matériel mis à sa disposition pourra faire l'objet de sanctions décidées par les dirigeants ou la commission de discipline (remboursement, mise à pied, ...)

Article 4 : Respect de la personne

Tout adhérent doit respecter ses entraîneurs (eux-mêmes engagés à vous respecter) et appliquer scrupuleusement leurs consignes (respect des horaires, respect des consignes de jeu et de sécurité, respect des décisions...) Tout adhérent doit respecter ses adversaires (joueur et public) au cours d'une rencontre ainsi que les installations des clubs où il est appelé à se rendre. Tout adhérent doit respecter l'arbitre ou le juge, accepter et se soumettre à ses décisions. Tout adhérent doit respecter les dirigeants et bénévoles du club sans lesquels il n'y aurait pas de pratique sportive possible. En cas de non-respect de la personne le licencié pourra faire l'objet de sanctions décidées par les dirigeants ou la commission de discipline (mise à pied, ...)

Article 5 : Amendes pour exclusion

En cas d'exclusion lors d'une rencontre imputable à un comportement inapproprié, l'adhérent sera tenu de payer l'amende inhérente et pourra être convoqué par le conseil de discipline.

Quelques rappels utiles : N'oubliez jamais que vous représentez « l'image » de votre club. Pour l'organisation d'un match à domicile, plusieurs dizaines de bénévoles sont nécessaires : sans bénévoles, il n'y aurait pas de compétition possible.

Ne vous demandez pas en permanence ce que le club peut faire pour vous, mais pensez aussi à ce que vous pouvez faire pour le club.

Je soussigné(e) Adhérent à l'association Myrmidons Union Sportive Team

Nom :

Prénom :

Faite le _____ à _____

(Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »)

Signature de l'adhérent

FICHE LOCATION MATERIEL

JOUEUR

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

RESPONSABLE LEGAL :

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____

MYRMIDONS (ne pas remplir)

CASQUE

Oui	Non	N°
-----	-----	----

EPAULIERE

Oui	Non	N°
-----	-----	----



DEMANDE DE LICENCE FFFA SAISON 2024/2025



PHOTO

À REMPLIR EN CAPITALES D'IMPRIMERIE
Pour les mineurs, renseigner le numéro de téléphone et le courriel d'un responsable légal

PHOTO OBLIGATOIRE

Club : [grid]

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance : [grid]

Nom d'usage (si différent) : [grid]

Prénom : [grid]

Sexe : M [] F []

Adresse : [grid]

Code postal : [grid] Ville : [grid]

Téléphone : [grid]

Courriel : [grid]

Date de naissance : [grid]

Commune de naissance : [grid] Département : [grid]

Pays de naissance : [grid]

Nationalité : [grid]

LICENCE

Table with columns for football américain, flag football, and cheerleading categories and prices. Includes sections for 'Licencié adulte' and 'Licencié mineur' with signature lines.

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Form for medical certificate including doctor name, date, and signature fields.

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médo-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Form for specialist medical certificate for competition, including doctor name and signature.

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements.

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif.

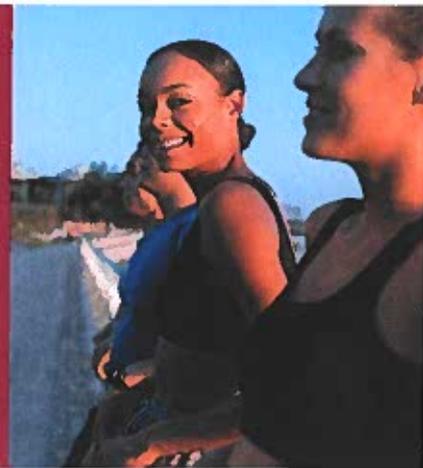
OUI [] NON []
OUI [] NON []
OUI [] NON []



Votre

bulletin de souscription

Garantie individuelle accident
complémentaire



Contrat collectif « Individuelle accident complémentaire » à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

ASSURÉ

Mme M.

Nom :	<input type="text"/>	Nom de naissance :	<input type="text"/>
Prénoms :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>		
Nom du club affilié :	<input type="text"/>		

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adaptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou de prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- **un capital Décès**
- **un capital Invalidité** : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- **des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale** :
 - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8^e jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
 - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DECES	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % invalidité) (*)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	<input type="checkbox"/>
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	<input type="checkbox"/>
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	<input type="checkbox"/>

(*) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances

J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances

• Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance Individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant :

- les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ;
- leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de sinistre.

et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription.

• Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances.

Fait à le / / 20

Vos données personnelles : SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

Signature du représentant

Contrat assuré par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 301 309 605 141.
Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.
Géré par **SMACL ASSURANCES SA** - Société anonyme au capital de 138 801 048 euros, entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort n° 833 817 224.
Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.



04/2024 - Conception : Direction développement et communication SMACL Assurances. Photo : Freepik.



QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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.

Tu es : une fille un garçon

Ton âge :

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2024-2025 au sein de l'association

sportive :

Fait à le / /

Signature :

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation

médicale pour la saison 2024-2025 au sein de l'association sportive :

Fait à le / /

Signature :

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - ffa@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z