



Ligue Auvergne-Rhône-Alpes
de **Badminton**

Licence Bad'on Challes



Nom		Prénom		N° de licence	
Né(e) le					
Adresse					
Code Postal		Ville			
Mail		Téléphone			

Pour les mineurs :

				Priorité (Cocher une des cases)
Père	Tel		Mail	
Mère	Tel		Mail	

**Information médicale (maladie ou traitement :
asthme, traitement lourd et fatiguant...).**
Ces informations resteront confidentielles

Licence	Jeune Challésien	Jeune extérieur	Adulte Challésien	Adulte extérieur
Tarif	125€	140€	105€	120€
Cocher la case correspondante				
Option entraînement	inclus	inclus	35€	35€
Carte Pass Région : -30€	N° carte :			

Majoration de 15€ à partir du 12 Octobre 2020 pour toutes les personnes qui ont commencé début septembre !!!

*rayer la mention inutile

J'autorise Le Bad on Challes à utiliser mon image ou celle de mon enfant à titre gracieux pour l'illustration de tout document utile au club (brochures, articles de presse, etc...), sur tout type de support (papier, électronique).	J'accepte*	Je n'accepte pas*
Recevoir des informations directement de la part du Club (stages, compétitions, etc...)	J'accepte*	Je n'accepte pas*
En cas d'urgence, j'autorise le club à prendre toutes les mesures médicales nécessaires.	Oui*	Non*
Je souhaite être bénévole sur au moins l'un des tournois organisés par le club.	Oui*	Non*
Recevoir un justificatif de paiement	Oui*	Non*

ASSURANCE :

Je soussigné, atteste avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir reçu, pris connaissance et compris les modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFBA d ci-annexée, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel facultatives proposées avec ma licence. Le prix de l'option de base incluse dans ma licence est de 0,35€ TTC.

DROIT A L'IMAGE :

Lors de manifestations organisées par la FFBA d, une ligue, un comité et/ou un club affilié à la fédération, l'image et la voix du licencié, sont susceptibles d'être captées par tous moyens photos, vidéos et ce, pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise à procéder à des captations d'image et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du badminton, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient. Cette autorisation est consentie pour la promotion de la FFBA d et du badminton à titre gratuit pour une durée de 70 ans et vaut pour le monde entier.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et m'engage à le respecter. (Disponible sur notre site boc73.fr)

Date et Signature de l'adhérent ou du tuteur légal :

Faire précéder la signature de la mention : « Lu, compris et accepté »

Nouveau Licencié (valable 3 ans)



GdB

Certificat médical de non contre-indication Formulaire obligatoire

Formulaire 1

adoption :
entrée en vigueur : 01/09/2019
validité : permanente
secteur : ADM
remplace : Chapitre 2.1.F1-2018/1
nombre de pages : 1

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

ENGAGEMENT DU JOUEUR POUR LE CERTIFICAT MEDICAL

Le badminton est un sport qui peut solliciter intensément les systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la prudence pour la délivrance de ce certificat. Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe chez les séniors et aussi chez les plus jeunes.

Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

La commission médicale de la FFBaD rappelle l'utilité:

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents personnels et familiaux, à la recherche de facteurs de risques : Symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort, anomalies du bilan lipidique, hypertension artérielle, diabète, obésité, atteinte de la fonction rénale, élévation de la CRP. et antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire.
- d'un examen clinique attentif.
- d'un électrocardiogramme de repos de dépistage à partir de l'âge de 12 ans.

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique, etc. en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque après en avoir apprécié l'importance.

Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence pour la pratique du badminton, y compris en compétition.

Fait le à
*(Signature du joueur ou de son représentant légal,
précédée de la mention « lu et approuvé »)*

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom Prénom

né(e) le : / /

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du sport ou du badminton, y compris en compétition.

Fait le à Signature et cachet du médecin examinateur

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux.

L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être remis avec la demande de licence au club qui le conservera

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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 inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</small>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, selon les modalités prévues par la fédération, 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.



ATTESTATION

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : _____

Signature du licencié : _____

Pour les mineurs :

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

en ma qualité de représentant légal de : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date : _____

Signature du représentant légal : _____

Renouvellement de licence



Formulaire de don



Le Code général des impôts - **article 200** et **238 Bis** autorise les contribuables qu'ils soient particuliers ou entreprises à bénéficier d'avantages fiscaux pour les dons qu'ils effectuent au profit d'œuvres ou de certains organismes d'intérêt général ayant notamment un caractère sportif. Evoluant dans ce cadre-là, notre structure peut recevoir des dons de particuliers et d'entreprises.

Vous êtes un particulier :

Ouvrent droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66 % de leur montant les sommes prises dans la limite de 20 % du revenu imposable.

Ex : si vous êtes imposable sur le revenu, pour un don de 100 €, il ne vous coûtera que 34 € après déduction fiscale.

Vous êtes une entreprise :

Assujettie à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés, vous êtes autorisée à déduire vos versements effectués à titre de dons du montant de votre résultat dans la limite de 5 % de votre chiffre d'affaires. Seuls sont déductibles les versements qui s'analysent comme de véritables dons, c'est-à-dire qui ne comportent aucune contrepartie directe ou indirecte pour le donateur.

Société	
Nom	
Prénom	
Adresse postale	
N° de SIRET <i>(si société)</i>	

Souhaite soutenir l'association :

BAD ON CHALLES
171 avenue Charles Pillet 73190 Challes les eaux
SIRET : 441 217 353 00057 - APE : 9312Z

Montant du don :

- 50€ 100€ 150€
 200€ 300€ autres : €

Joint un chèque bancaire à l'ordre du BOC73 de la somme indiquée ci-dessus.

Fait à Le

Signature :