

FORMULAIRE D'ADHESION

SAISON 2026/2027



www.leognan-athletisme.com

Facebook : [leognanathletisme](https://www.facebook.com/leognanathletisme)

Instagram : [leognanathletisme](https://www.instagram.com/leognanathletisme)

06 04 17 04 23



☐ Nouvelle adhésion

☐ N° de licence (si déjà licencié à la Fédération Française d'Athlétisme)

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom : Sexe : F ☐ M ☐

Date de naissance : / / (jj/mm/aaaa) Lieu de naissance :

Pays de naissance : Nationalité :

(L'athlète de nationalité étrangère ayant réalisé une performance de niveau équivalent ou supérieur à IB dans les 12 derniers mois doit obligatoirement le signaler afin que la FFA puisse formuler une demande d'autorisation auprès de la fédération du pays d'origine)

Adresse complète :

Code Postal : Ville :

Adresse Email (obligatoire) pour l'envoi de la licence et la communication fédérale

Numéro de téléphone :

Pour les athlètes mineurs, pour la communication de la part du club

Adresse Email père ou représentant légal :

Numéro de téléphone père ou représentant légal :

Adresse Email mère ou représentant légal :

Numéro de téléphone mère ou représentant légal :

Type de licence choisie :

☐ licence Athlé Compétition (BE et MI : 140€, CJES : 155€)

☐ licence Baby Athlé (BB : 125€)

☐ licence Athlé Découverte (EA et PO : 125€)

☐ licence Athlé Running (loisirs à partir de CA : 140€)

☐ licence Athlé Santé, marche nordique (à partir de CA : 140€)

☐ licence Athlé Encadrement (gratuite)

Chèques à l'ordre de « Léognan Athlétisme », chèques vacances (papier et connect) et coupons sports acceptés. Paiement possible via HelloAsso. Dispositif Pass'Sport.

Tournez svp →

Parcours de Prévention Santé (PPS) et Certificat médical

- Pour la prise d'une 1^{ère} licence ou le renouvellement de la licence Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Running et Athlé Santé, le soussigné **majeur** doit suivre le Parcours Prévention Santé en se connectant à son espace personnel (identifiants et mot de passe envoyés par mail par e-licence@athle.fr au moment de la saisie de demande de licence par le club).
- Pour la prise d'une 1^{ère} licence ou le renouvellement de la licence d'un **mineur**, le titulaire de l'autorité parentale doit attester avoir rempli, avec son enfant, le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et voir son enfant dispenser, dans les conditions prévues par le Code du Sport, de présenter un certificat médical. S'il répond OUI à au moins une question, il devra fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme datant de moins de six mois.

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation

- Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné,, en ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant.....autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
- En ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.

Assurances (Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L321-6 du Code du Sport)

La Fédération Française d'Athlétisme propose, par l'intermédiaire de MAIF, assureur :

- **aux Clubs** : une assurance Responsabilité Civile garantissant la responsabilité du Club et du Licencié au prix de 0,26 € TTC (**inclus dans le coût de la licence**). Votre Club a fait le choix de bénéficier de cette assurance proposée par la fédération.
- **aux Licenciés** : une assurance Individuelle Accident de base et Assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'Athlétisme, au prix de : 0,70 € TTC (**inclus dans le coût de la licence**).

☐ J'accepte l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée ou

☐ Je refuse l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée **et incluse dans le coût de la licence** et reconnais avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l'Athlétisme.

Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (options 1 et 2) complémentaires (consultables entre autres sur le site www.athle.fr rubrique Assurances).

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.

Droit à l'image : Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du Club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

☐ J'accepte l'utilisation de mon image

☐ Je refuse l'utilisation de mon image

Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. À cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@athle.fr Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

☐ J'accepte la transmission des informations

☐ Je refuse la transmission des informations

Je rejoins la communauté WhatsApp du club ici : <https://chat.whatsapp.com/JvMIxwev4QpCxyNhokCRph>

Vous serez ensuite intégré au(x) groupe(s) correspondant à votre pratique.

ATTENTION : La prise de licence ne sera effective QUE lorsque toutes les étapes demandées sur l'espace personnel auront été réalisées (état civil, assurances, code éthique, questionnaire de santé ou PPS)

Date et signature du Licencié :

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)