



Formulaire destiné aux adhérents afin de fournir les informations au processus de prise de licence
Ce bulletin (page 1, 2, 3), dûment complété, sera archivé au club et pourra être exigé par la FFLDA.

CLUB :OSML LUTTE.....

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (tous les champs sont obligatoires)

Nom de naissance

Nom d'usage (nom d'époux, d'épouse), si différent du nom de famille
C'est le nom d'usage qui sera alors affiché sur la carte licence

Prénom (1^e prénom uniquement) Tel :

E-mail ☐ J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFLDA.

Adresse

Code postal Ville localité

☐ QPV Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (ZRR automatiquement enregistré avec l'adresse du licencié)

Date naissance / / ☐ Né(e) en France ☐ Né(e) à l'étranger précisez le pays.....

Département de naissance (00 si hors France) Ville de naissance

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Nationalité : ☐ Française ☐ Etrangère précisez le pays.....

Si nationalité étrangère : Nom prénom du père.....

Nom prénom de la mère.....

J'accepte de diffuser mes données (nom, prénom, club catégorie d'âge, nationalité, photo) sur le site internet public et sur le site internet qui gère les compétitions (une case à cocher obligatoirement) :

☐ OUI ☐ NON et dans ce cas vous devez indiquer obligatoirement à ffl@fflutte.org les données concernées avec copie mail obligatoire au club.

2 – LICENCE DEMANDÉE

DISCIPLINES : ☐ LUTTE ☐ GRAPPLING ☐ SAMBO

Cocher la (les) discipline(s) pratiquée(s). Ajouter chiffre 1 à gauche de la discipline principale.

☐ 3^{EME} MEMBRE D'UNE FAMILLE ☐ PRATIQUE WRESTLING-TRAINING

☐ LICENCE SDAC (Soutien Dirigeant Autre Club) uniquement si déjà licencié dans un autre club (pas de compétition)

3 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, d'intervention médicale ou chirurgicale, je donne ⁽¹⁾, donne pas ⁽¹⁾ ⁽¹⁾ : *ayer mention inutile*) l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour mineur, signature d'un parent ou tuteur légal

NOM, Prénom, qualité du signataire :

N° téléphone (cas d'urgence) : Signature :

4 - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ, DÉCLARE :
NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

- Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complété, l'ensemble des informations demandé sur ce bulletin (page 1, 2 et 3).
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Etre informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la FFLutte, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6/01/1978).
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif (*si refus, rayer cette phrase*).
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant ce bulletin.

DE PLUS, JE DECLARE AVOIR :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence FFLUTTE et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison.
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT LUTTE » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

GARANTIE DE BASE INDIVIDUELLE ACCIDENT

- ☐ **OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » proposée par la fédération
- ☐ **NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « SPORTMUT LUTTE »

☐ **OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription attaché au présent bulletin et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.

Date / / Signature

6 - AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR MINEUR Article 232-52 Code sport

Je soussigné(e) (Nom Prénom) Agissant en qualité de
représentant légal de l'enfant mineur (Nom prénom de l'enfant) :

Autorise tout préleveur agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage, en lui présentant ce document, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang...) lors d'un contrôle antidopage sur cet enfant mineur.

Fait à le / / Signature :

L'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

7 – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 - Arrêté du 20 avril 2017

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence. Ce questionnaire ne concerne pas les nouveaux licenciés et ceux souhaitant pratiquer le « *grappling fight* » ou le « *sambo combat* » qui doivent nécessairement fournir un certificat médical chaque saison.

- ☐ **J'atteste avoir répondu « NON »** à toutes les questions ci-dessous et le certificat médical 2018-2019 ou 2019-2020 est encore valable pour la saison 2020-2021. Je n'ai pas à compléter le certificat médical ci-dessous.
- ☐ **J'atteste avoir répondu « OUI »** à au moins une question et dans ce cas je dois compléter et fournir à mon club le certificat médical ci-dessous en consultant un médecin.

Les réponses qui relèvent de la responsabilité du licencié sont confidentielles et ne doivent pas apparaître sur ce document

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
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 raisons de santé ?
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

8 – CERTIFICAT MÉDICAL Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Docteur (Nom Prénom) :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M. /Mme (Nom prénom)

Né(e) le ... / / Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique à l'entraînement et en compétition des disciplines suivantes :

☐ **LUTTE** ☐ **GRAPPLING*** ☐ **SAMBO*** Fait à Le / /

* Pour le Sambo combat et le Grappling fight des certificats médicaux spécifiques sont à fournir selon l'annexe 07-232-19.

* Pour les vétérans des certificats médicaux spécifiques sont à fournir (cf. annexe du règlement des compétitions individuelles).

Cachet du médecin

Signature du médecin