



Fiche d'inscription Adulte Saison 2022-2023

Licence BCM/FFBAD



Documents Obligatoires

- La présente fiche complétée et signée
- Pour les étudiants : une copie de la carte d'étudiant
- Un certificat médical (CM) de la FFBAD de non contre-indication à la pratique du Badminton ou le questionnaire de santé QS-SPORT ainsi que l'attestation FFBAD dûment remplis (si renouvellement et CM de moins de 3 ans).

<p style="text-align: center;">Informations concernant le licencié EN LETTRE CAPITALE</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Né(e) le : ___ / ___ / _____ À _____</p> <p>Nationalité : _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>Code Postal : _____ Ville : _____</p> <p>Email : _____</p> <p>Mobile : _____</p>	<p>Type d'adhésion :</p> <p><input type="checkbox"/> Nouvelle licence <input type="checkbox"/> Renouvellement</p> <p>Montant de la Cotisation :</p> <p><input type="checkbox"/> Cotisation Licence BCM/FFBAD 82 €</p> <p><input type="checkbox"/> « Option » Entraînement Annuel 20 €</p> <p><input type="checkbox"/> « Option » Remise Étudiant - 10 €</p> <p style="text-align: right;">Total :</p> <p>Moyen de paiement :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèce <input type="checkbox"/> ANCV/CSport</p>
--	--

NOTA : La cotisation inclut 4 numéros de la revue : Badminton Magazine. Si vous refusez, vous devrez faire un courrier à la Fédération qui vous remboursera de 2 € (FFBA – 9/11 av. Michelet – 93583 Saint Ouen Cedex).

Règlement général sur la protection des données

- Je donne l'autorisation au club de partager mes informations personnelles par l'intermédiaire de la plateforme Poona
- Je donne l'autorisation au club d'utiliser mon image lors de la pratique du badminton afin de promouvoir le BCM.
- Je souhaite que le club m'invite sur le Messenger du BCM, mon Contact Facebook est :

⇒ **Signature du licencié**

Données Informatives du club

Tout licencié du Badminton Club Marmandais bénéficie des mêmes avantages soit :

- La gratuité des volants en plastique.
- Des tarifs avantageux sur l'achat de volants en plume et des tenues du club.
- La possibilité de participer aux compétitions Interclub.
- Remboursement des inscription tournois effectués dans l'année par l'adhérent à hauteur de 50 €.
- Les Inscriptions aux différents championnats sont offerte (Départementaux, Régionaux, Nationaux).

Les Créneaux horaires Loisirs : Lundi 19h30 à 23H - Mercredi 21h à 23h - Jeudi 18h à 23h - Samedi 10h00 à 12h30

Les Créneaux Entraînements : Lundi de 19h30 à 21H (En parallèle du jeu loisir).

Membre du Bureau : Président : Sébastien ANDRES (presidence@bcm47.fr - 06 15 42 42 58)
Trésorier : Moshé Bensoussan (tresorerie@bcm47.fr) Secrétaire : Cécilia Ducos

Membre du CA : Olivier Belotto - Laetitia Sartini - Léa Roger - Haruno Boyce - David Arboin
Marina Dentesano - Pierre Feyrit - Fanny St-Martin

Site Internet : <https://www.bcm47.fr/> | Facebook : <https://www.facebook.com/bcm47200/>



GdB

Certificat médical de non contre-indication Formulaire obligatoire

Formulaire 1

adoption :
entrée en vigueur : 01/09/2017
validité : permanente
secteur : ADM
remplace : Chapitre 2.1.F1-2016/1
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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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 :