



Saison 20256-2027

Double licence

(Sous-entendu : licence fédérale prise dans un autre club affilié)



Adhésion « double licence »

Fiche de renseignement de l'adhérent.e

Afin de pouvoir communiquer de manière efficace avec vous et avoir toutes les informations nécessaires au bon déroulement de cette année, veuillez avoir l'obligeance de remplir la fiche de renseignement suivante.

Civilité : Madame ☐ Monsieur ☐
Nom : Prénom :
Date de naissance : ____/____/____ Téléphone : ____-____-____
Adresse :
Code postal : ____-____ - Ville :
Email :

Choix de licence :	« DOUBLE LICENCE »
Coût de l'adhésion :	40€

Important « à compléter » : Je soussigné,, atteste posséder, pour cette saison 20.... – 20...., une licence fédérale, acquise dans un autre club affilié FFBaD et confirme être couvert par la RC de Générali.

Précisions sur les droits acquis par la « double licence » :

Précisions	Droits	
Accès aux créneaux, aux installations, aux vestiaires	OUI	(2)
Participer aux équipes interclubs « ASC86 »	NON	
Participer aux Championnats Départementaux	OUI	(1)
Participer aux tournois privés	OUI	(1)
Participer aux manifestations internes (tournois, évènements, etc...)	OUI	
Accès au site internet du club asc86.sportsregions.fr	OUI	
Possibilité d'intégrer le CA (Conseil d'Administration)	NON	
Participer à l'AG (Assemblée Générale) et aux réunions, voter	OUI	
Cours d'initiation	OUI	(2)

(1) : Possible, par la licence FFBaD acquise cette saison avec le club affilié

(2) : non prioritaire (priorité aux licenciés « clubs », possible suivant places disponibles)

Je soussigné reconnais avoir pris connaissance des documents et informations du club, et avoir pris connaissance et approuver le règlement intérieur du club (disponible sur le site).

Je règle ma cotisation et remet mon dossier complet : questionnaire de santé (+ certificat médical si nécessaire), et ce document-ci complété

A, le / /

Signature

QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MAJEUR » PRÉALABLE A L'OBTENTION OU AU RENOUVELLEMENT DE LA LICENCE D'UN MAJEUR AUPRÈS DE LA FFBaD

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON.
Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Depuis les 12 derniers mois	OUI	NON
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	OUI	NON
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, 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 « Sportif majeur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature :

Certificat médical de non contre-indication

Formulaire 01

adoption : CEx du 25 et 26 mai 2024
entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2024
validité : permanente
secteur :
remplace : Chapitre 02.01.F1-2024/1

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 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 »)*

La signature de cet engagement est obligatoire, le modèle ci-dessous est recommandé.

Certificat médical

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

Nom Prénom

né(e) le : / /

et, après avoir pris connaissance des recommandations émises par la FFBaD ci-dessus, je certifie que son état de santé ne présente pas de contre-indication à la pratique 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.



CHAMPIGNY EN ROCHEREAU

le

- > AS Champigny Badminton
- > Objet : Reçu d'adhésion

Nom de l'association : AS Champigny Badminton

Comité : Comité Départemental 86

Ligue : Ligue NOUVELLE-AQUITAINE

Ville : CHAMPIGNY EN ROCHEREAU

Représentée en qualité de président par : M. GUILLOT Christian

Certifie avoir reçu de :

- Un dossier complet
- Le règlement de sa cotisation
- La réception d'un montant total de 90.00 euros
 - 90.00 euros par Virement

Au titre de son adhésion à l'association sportive pour la saison 2026-2027

Reçu établi le

Pour faire valoir ce que de droit.
M. GUILLOT Christian

Adresse :
Mairie de Champigny en Rochereau
50 rue de la Paix
86170 Champigny En Rochereau

Coordonnées :
T +33760249303
asc86.bad@gmail.com

N° RNA :
W863012166
N° SIRET :
93084562300014

Affilié à la Fédération
Française de Badminton
N° Affiliation :
NAQU.86.24.804

www.ffbad.org