



# FORMULAIRE D'ADHESION

## VSF Tir à l'arc - 2021/2022

### Informations personnelles

NOM : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ..... / ..... / .....  
 Sexe :  Masculin  Féminin  
 Adresse : .....  
 .....  
 Code postal : .....  
 Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 Mail : .....  
 Catégorie :  Arc classique  Arc à poulies  Arc nu  
 N° licence (facultatif) : .....

### Autorisation parentale

**(obligatoire pour l'inscription d'un mineur)**

Je soussigné(e) Mme, M. ....  
 .....  
 .....  
 responsable légal de l'enfant.....

l'autorise à pratiquer le tir à l'arc et à participer à toutes les activités ou sorties organisées ou coordonnées par le VSF Tir à l'arc.

**N'oubliez pas de joindre l'autorisation d'intervention médicale ou chirurgicale remise avec ce formulaire.**

### Certificat médical

- Je joins un certificat médical de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc datant de moins d'un an.  
 Je ne joins pas de certificat médical de non contre-indication à la pratique du tir à l'arc car le VSF Tir à l'arc dispose déjà d'un certificat médical (renouvelable tous les trois ans). Je certifie donc avoir répondu non à toutes les questions du questionnaire de santé préalable au renouvellement d'une licence sportive.

### Paiement

Je règle l'adhésion au VSF Tir à l'arc (comprenant la cotisation au club et la licence FFTA) d'un montant de :

<input type="checkbox"/> Poussins 57 € 10 ans et moins en 2022	<input type="checkbox"/> Jeunes 73 € Benjamin : 11 à 12 ans en 2022 Minime : 13 à 14 ans en 2022 Cadet : 15 à 17 ans en 2022 Junior : 18 à 20 ans en 2022	<input type="checkbox"/> Adultes (Loisirs) 84 € Sénior 1 : 21 à 39 ans en 2022 Sénior 2 : 40 à 59 ans en 2022 Sénior 3 : 60 ans et plus en 2022	<input type="checkbox"/> Adultes (Compétitions) 92 €	<input type="checkbox"/> Découverte (à partir du 1 <sup>er</sup> mars) 33 € <input type="checkbox"/> Droit de paillon (licenciés d'un autre club) 30 €
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Par chèque à l'ordre du « VSF Tir à l'arc » (Nom du titulaire : .....)  
 En espèces

### Règlement intérieur

- J'ai reçu et j'ai bien pris connaissance du règlement intérieur du VSF Tir à l'arc que je m'engage à respecter.

### Droit à l'image

J'autorise\* – Je n'autorise pas\* que les photographies qui seront prises de l'adhérent par le VSF Tir à l'arc, sur lesquelles il est reconnaissable, puissent être utilisées par le VSF Tir à l'arc pour sa communication (documents ou site internet du club).  
 (\*) Rayer la mention inutile.

Signature :  
 Le ..... / ..... / ..... à .....



## INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE

---

Le code de la santé public (*article 1111-4 et 1111-6*) précise qu'aucun acte médical ne peut avoir lieu sans le consentement de la personne (ou du responsable légal).

Afin de pouvoir joindre les parents ou responsables du mineur de manière à ce que l'équipe médicale puisse communiquer le cas échéant avec eux, indiquez ci-dessous les coordonnées complètes.

### **Personnes à contacter en cas de besoin justifiant une intervention médicale ou chirurgicale d'urgence : (responsables légaux)**

#### **La Mère**

NOM : ..... Tél. fixe : .....

Prénom : ..... Tél. mobile : .....

#### **Le Père**

NOM : ..... Tél. fixe : .....

Prénom : ..... Tél. mobile : .....

#### **Le Tuteur**

NOM : ..... Tél. fixe : .....

Prénom : ..... Tél. mobile : .....

Fait le ..... / ..... / ..... à .....

Signature(s) :



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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.