

**DOSSIER D'INSCRIPTION**



**WAR  
EAGLES**

**SAISON 2024-2025**



## DOSSIER D'INSCRIPTION 2025-2025

Joueurs, parents, veuillez remplir lisiblement les documents fournis ci-joints et y ajouter les documents demandés sans oublier d'y joindre le ou les chèques de cotisation annuelle.

**LES DOCUMENTS SONT A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES**

### DOCUMENTS A COMPLETER

INSCRIPTION	REINSCRIPTION
Formulaire licence FFFA	Formulaire licence FFFA
Formulaire d'Autorisation au Droit à l'Image	Questionnaire médical

### DOCUMENTS A FOURNIR

INSCRIPTION
Pièce d'identité
Photo d'identité
Questionnaire médical



## TARIF

**Flag séniors**

**150 €**

**Comme annoncé lors de l'AG, nous allons procéder à un paiement en 3 fois (par trimestre aux dates suivantes 01/10/2024 ; 01/01/2025 ; 01/04/2025) avec 3 chèques qui doivent être remis et répartis de la façon suivante :**

**01/10/2024 : 1/3 (soit 50€)**

**01/01/2025 : 1/3 (soit 50€)**

**01/04/2025 : 1/3 (soit 50€)**

Si pour quelque raison que ce soit, la saison devait être arrêtée, nous n'encaisserons pas les chèques des périodes à venir (par exemples : - la saison s'arrête le 23/12/2024, nous vous remettrons les deux derniers chèques ; - la saison s'arrête le 10/02/2025, nous vous remettrons le dernier chèque).

**ATTENTION : tout le mois de Septembre est un mois d'essai : tous les trainings sont ouverts à tous et non payants. À compter du 1<sup>er</sup> Octobre et pour des raisons d'assurance, toute personne non licenciée ne pourra pas continuer à s'entraîner.**

**Pour rappel, une personne est licenciée lorsque cette dernière a donné tous les documents demandés : Photo, Formulaire de Demande de Licence Signé, Certificat Médical ou Questionnaire de Santé signé et les 3 chèques.**



# WAR EAGLES

## AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

**Dans le cadre de notre association, des photos et/ou vidéos de votre enfant (ou vous même) peuvent être utilisées en vue de promouvoir nos activités.**

**Nous sollicitons donc votre autorisation.**

**Je soussigné(e),**

**Agissant en qualité de :**

- Autorise le club WAR EAGLES de TEYRAN à utiliser mon image ou celle de mon enfant pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux,**
- Autorise le club WAR EAGLES de TEYRAN à utiliser mon image ou celle de mon enfant pour promouvoir ses activités dans en dehors de ses locaux, soit:  
Sur son Site Internet, sur des CD et DVD de compétitions, sur des journaux, prospectus, flyers et Réseaux Sociaux.**

***NB: Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas de m'identifier moi ou mon enfant.***

**Fait à**

**Le**

**Signature:**



DEMANDE DE LICENCE FFFA
SAISON 2024/2025



À REMPLIR EN CAPITALES D'IMPRIMERIE
Pour les mineurs, renseigner le numéro de téléphone et le courriel d'un responsable légal

PHOTO OBLIGATOIRE

Club :
Nom de naissance :
Nom d'usage (si différent) :
Prénom :
Sexe : M [ ] F [ ]
Adresse :
Code postal :
Ville :
Téléphone :
Courriel :
Date de naissance :
Commune de naissance :
Pays de naissance :
Nationalité :

LICENCE

Tableau des tarifs de licence par discipline (Football Américain, Flag Football, Cheerleading) et par catégorie. Inclut également des sections pour le certificat médical prétable et le visa du club.

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport...
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur...

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

*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 ?		
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) ?		
<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 ?		
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 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.*

*\*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.*

### Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

[www.ffa.org](http://www.ffa.org) - [viesportive@ffa.org](mailto:viesportive@ffa.org)

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

## AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M., Mme .....  
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur : .....

Né(e) le: ..... / ..... / ....., à .....

et l'autorise à pratiquer le .....

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2024-2025 au sein de l'association

sportive : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

Je soussigné (e) M., Mme .....  
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur : .....

Né(e) le: ..... / ..... / ....., à .....

et l'autorise à pratiquer le .....

(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation

médicale pour la saison 2024-2025 au sein de l'association sportive : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**