



Loustic'Bad Glazik - LBG  
Badminton Briec  
contact@badminton-briec.com  
http://badminton-briec.com

Cadre réservé au club	
<input type="checkbox"/> Fiche d'inscription	Règlement
<input type="checkbox"/> Formulaire FFBAD	<input type="checkbox"/> Chèque
<input type="checkbox"/> QS - Sport	<input type="checkbox"/> Espèces
<input type="checkbox"/> Certificat médical	<input type="checkbox"/> Chèque sport

## FICHE D'INSCRIPTION 2017 - 2018

### 1. Mes coordonnées

Nom *	:	.....	Prénom *	:	.....
Adresse *	:	.....			
Code Postal *	:	.....	Ville *	:	.....
Tél / Portable *	:	.....	Date de naissance *	:	.....
E-mail *	:	.....			
Personne à prévenir (pour les mineurs) :					
Nom	:	.....	Téléphone	:	.....
Lien de parenté	:	.....	Portable	:	.....

### 2. Mon adhésion

Choisissez la formule qui vous convient :

Choix	Formule		L'adhésion comprend	Tarif
<input type="checkbox"/>	Jeune		- L'accès aux créneaux horaires - Assurance Responsabilité Civile + Accident Corporel - L'inscription aux tournois - Les volants plastiques	70 €
<input type="checkbox"/>	Adulte	Loisir	- L'accès aux créneaux horaires - Assurance Responsabilité Civile / Pas d'assurance Accident Corporel - Les volants plastiques	60 €
<input type="checkbox"/>	Adulte	Compétition	- L'accès aux créneaux horaires - Assurance Responsabilité Civile + Accident Corporel - L'inscription aux tournois - Prix préférentiel sur les volants plumes	100 €

**Tarif préférentiel** : 10 € de réduction pour 2 membres d'une même famille  
15 € de réduction par membre supplémentaire d'une même famille

**Paiement** : Il est possible de régler en plusieurs fois. Les chèques sports sont acceptés.

### 3. Informations complémentaires

- L'adhésion "Adulte - Loisir" n'inclue pas l'Assurance Accident Corporel
- En adhérent au club, j'autorise le club pour sa communication interne et externe à utiliser, l'image de la personne et cela sur tout type de support (notamment sur le site Internet). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

### 4. Date et signature

<b>Fait le</b> à	<b>Signature de l'adhérent</b> ou de son représentant légal
<input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir un reçu	

## DEMANDE DE LICENCE 2017/2018

2

Remplissez en lettres capitales et signez en 2 exemplaires ce formulaire. Conservez un exemplaire et remettez le second à votre Président(e) de club.

RENOUELEMENT LICENCE N° (8 chiffres) .....  NOUVELLE LICENCE

CLUB LBG - Loustic'bad Glazik .....

LIGUE Bretagne .....  DÉPT 29

CIVILITÉ .....  NOM .....  PRÉNOM .....

SEXE : FÉM.  MASC.   NÉ(E) LE .....  NATIONALITÉ .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL .....  VILLE .....  PAYS .....

TÉL. FIXE : + 33 (0) .....  TÉL. MOBILE : + 33 (0) .....

E-MAIL .....

- DANS L'INTÉRÊT DU DÉVELOPPEMENT DU BADMINTON FRANÇAIS, J'ACCEPTÉ QUE CES INFORMATIONS PUISSENT ÊTRE UTILISÉES PAR LA FÉDÉRATION À DES FINS D'INFORMATION.  
 J'ACCEPTÉ QUE LA FÉDÉRATION TRANSMETTE MES COORDONNÉES À DES TIERS AFIN NOTAMMENT DE RECEVOIR DES OFFRES PRIVILÉGIÉES ET SÉLECTIONNÉES PAR LA FÉDÉRATION.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition à la divulgation des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978).

Pour toute demande, adressez-vous à la FFBaD : [cnil@ffbad.org](mailto:cnil@ffbad.org)

- Je ne souhaite pas que mes résultats sportifs soient accessibles sur les sites dédiés.

### PREMIÈRE PRISE DE LICENCE

**JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL  
DE NON CONTRE-INDICATION**

Téléchargez **ICI** le formulaire unique et obligatoire du certificat médical

### RENOUELEMENT DE LICENCE

**REPLIR LE QUESTIONNAIRE DE  
SANTÉ ET JOINDRE UNE ATTESTATION**

Téléchargez **ICI** le questionnaire de santé (formulaire Cerfa N°15699\*01) et l'attestation

**Rappel :** Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé, un certificat médical datant de moins d'un an doit obligatoirement être fourni pour le renouvellement.



**LE MAGAZINE OFFICIEL DE LA FFBAD À SEULEMENT 2€ POUR 4 NUMÉROS**

OUI, JE SOUHAITE RECEVOIR 100% BAD EN VERSION PAPIER ET AU FORMAT NUMÉRIQUE TÉLÉCHARGEABLE DEPUIS MA BOITE MAIL  
 OUI, JE SOUHAITE RECEVOIR 100% BAD UNIQUEMENT SOUS FORMAT NUMÉRIQUE TÉLÉCHARGEABLE DEPUIS MA BOITE MAIL  
**Attention l'adresse mail est obligatoire sinon vous ne recevrez que la version papier par défaut**

### ASSURANCE :

Je soussigné, atteste avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir reçu, pris connaissance et compris les modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFBaD ci-annexée, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel facultatives proposées avec ma licence.

Le prix de l'option de base incluse dans ma licence est de 0,35€ TTC. Je peux ne pas y adhérer et le signifier par écrit auprès de mon club à l'aide du formulaire de refus mis à ma disposition (procédure obligatoire).

La souscription d'une option complémentaire A ou B se fait à l'aide du bulletin d'adhésion individuelle téléchargeable depuis le site internet de la FFBaD - rubrique assurance.

### CONTRÔLE ANTIDOPAGE :

Considérant le Code du sport - Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage,

– Article L232-10-3 : « Il est interdit à toute personne de s'opposer par quelque moyen que ce soit aux mesures de contrôle prévues par le présent titre. »

– Article L232-12 : « Les opérations de contrôle sont diligentées par le directeur du département des contrôles de l'Agence française de lutte contre le dopage. Les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 ayant la qualité de médecin peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques destinés à mettre en évidence l'utilisation de procédés prohibés ou à déceler la présence dans l'organisme de substances interdites. Les personnes agréées par l'agence et assermentées peuvent également procéder à ces prélèvements biologiques. Seules les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 et qui y sont autorisées par le code de la santé publique peuvent procéder à des prélèvements sanguins. »

### Signature du licencié ou de son représentant légal

Faire précéder la signature de la mention :  
"lu, compris et accepté"

### DROIT A L'IMAGE :

Lors de manifestations organisées par la FFBaD, une ligue, un comité et/ou un club affilié à la fédération, l'image et la voix du licencié, sont susceptibles d'être captées par tous moyens vidéos dans le cadre des activités de la FFBaD et ce, pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise la FFBaD à procéder à des captations d'image et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du badminton, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient. Cette autorisation est consentie pour la promotion de la FFBaD et du badminton à titre gratuit pour une durée de 70 ans et vaut pour le monde entier.

### LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS MINEURS SONT TENUS DE REMPLIR L'AUTORISATION D'INTERVENTION CI-DESSOUS

JE SOUSSIGNÉ(E) : M. , MME , MLLE ,  NOM .....

AGISSANT EN QUALITÉ DE :  PÈRE,  MÈRE,  TUTEUR,  TUTRICE,  
autorise pour mon fils (ma fille, mon pupille, ma pupille) le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant.

NOM DE L'ENFANT .....  PRÉNOM .....

LE ...../...../.....

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL



## 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 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"/>
<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 atteste, 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 :