



## LICENCE 2023-2024

(Adhérent mineur)

*Cadre réservé au Club (ne rien inscrire svp)*

Renouvellement

Primo-licencié

Adhérent NOM ..... Prénom .....

Licence Lutte  AS  Ecole de Lutte – Remise en forme

Enregistrée le .....

Règlement Chèque ..... € n°..... Banque .....

Liquide ..... € .....

ANCV ..... € .....

Pass'sport ..... € .....

Equipement .....

Remis le.....

Dossier complet



# Charte du Petit Lutteur Belleusien

Cette charte a pour objet de définir les droits et devoirs du lutteur et de l'acceptation de celle-ci

Quel que soit le rôle que je joue dans mon sport je m'engage à :

1. Je respecte mes adversaires et mes partenaires dans la victoire comme dans la défaite.
2. Je respecte les lieux et les équipements qui m'accueillent.
3. Je respecte les règles et le règlement de mon sport.
4. Je respecte les horaires, et je suis assidu à l'entraînement.
5. Je respecte les entraîneurs, les éducateurs, les bénévoles de mon club.
6. Je respecte tous les acteurs de la compétition (entraîneurs, dirigeants, adversaires, arbitres, officiels)

Dans le cas du non-respect de ces règles et de cette charte, les entraîneurs, éducateurs, responsables du club se réservent le droit de prendre des sanctions.

Nom :

Prénom :

Signature du lutteur :

Signature des parents :

## Pièces à fournir (possibilité d'effectuer les photocopies au secrétariat de la salle de lutte)

- ✓ Copie de la carte d'identité ou du livret de famille
- ✓ Copie de la carte de sécurité sociale

## Enfants nés à l'étranger et qui ne sont pas de nationalité Française

- ✓ Nom – Prénom - date et lieu de naissance du papa

.....

- ✓ Nom – Prénom - date et lieu de naissance de la maman

.....

**Nous pouvons vous établir une attestation destinée à une prise en charge partielle de votre licence par votre mutuelle, employeur, ou autre.  
Merci d'en faire la demande auprès de notre secrétariat.**

**LICENCE « LUTTE »**

- LICENCE 90,00 €
- Tenue entraînement obligatoire (cocher la taille désirée) 55,00 €  
 XXS  XS  S  L  M  XL  XXL
- Tee-shirt du Club (cocher la taille désirée) 8,00 €  
 XXS  XS  S  L  M  XL  XXL

**LICENCE « REMISE EN FORME »**

- LICENCE 90,00 €

**LICENCE « ECOLE DE LUTTE »**

- LICENCE 45,00 €
- Tenue entraînement obligatoire (cocher la taille désirée) 55,00 €  
 XXS  XS  S
- Tee-shirt du Club (cocher la taille désirée) 8,00 €  
 XXS  XS  S

**ACHAT INDIVIDUEL** (*Selon les stocks disponibles*)

- Short      taille  XXS  XS  S (cocher la taille désirée) 10,00 €  
                  taille  L  M  XL  XXL (cocher la taille désirée) 10,00 €
- Survêtement      taille  XXS  XS  S (cocher la taille désirée) 60,00 €  
                          taille  L  M  XL  XXL (cocher la taille désirée) 60,00 €

Formulaire destiné aux adhérents afin de fournir les informations pour la prise de licence.  
Ce bulletin, dûment complété, sera archivé au club et pourra être exigé par la FFLDA.

## A COMPLÉTER PAR LE CLUB

PRIMO LICENCIÉ(E)\*     RENOUELEMENT\* (cocher une seule case)

\* Primo licenciée : toute personne qui prend pour la 1<sup>ère</sup> fois une licence FFLDA.

Renouvellement : personne ayant déjà été licenciée FFLDA (même en cas d'interruption de la licence).

MINEUR(E)     MAJEUR(E) (cocher une seule case)

CONTROLE D'HONORABILITÉ uniquement si l'adhérent exerce une fonction d'élu, bénévole, salarié du club

CERTIFICAT MÉDICAL    Date de signature du médecin : ..... / ..... / .....

**NOM DU CLUB :**

## 1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (à compléter par l'adhérent - Tous les champs sont obligatoires)

Nom de naissance .....

Nom d'usage (nom d'époux, d'épouse), si différent du nom de famille .....  
C'est le nom d'usage qui sera affiché sur la carte licence

Prénom (1<sup>er</sup> prénom uniquement) .....    Tel : .....

E-mail .....     J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFLDA.

Adresse .....

Code postal .....    Ville localité .....

QPV Quartier Prioritaire Politique de la Ville (ZRR automatiquement enregistré avec l'adresse licencié)

Date naissance .... / .... / .....     Né(e) en France     Né(e) à l'étranger Précisez le pays .....

Département de naissance ..... (00 si hors France)    Ville de naissance .....

Sexe :  Féminin     Masculin    Nationalité :  Française     Etrangère précisez le pays .....

Si nationalité étrangère : Nom prénom du père.....

Nom prénom de la mère.....

J'accepte de diffuser mes données (nom, prénom, club, catégorie d'âge, nationalité, photo) sur le site internet public et sur le site internet qui gère les compétitions (une case à cocher obligatoirement) :

OUI     **NON** et dans ce cas vous devez indiquer à [ffi@fflutte.org](mailto:ffi@fflutte.org) les données concernées avec copie mail obligatoire au club.

## 2 – LICENCE DEMANDÉE

DISCIPLINES : .....  LUTTE    .....  GRAPPLING    .....  SAMBO

Cocher la (les) discipline(s) pratiquée(s). Ajouter le chiffre 1 à gauche de la discipline principale.

3<sup>EME</sup> MEMBRE D'UNE FAMILLE     PRATIQUE WRESTLING-TRAINING

### 3 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, d'intervention médicale ou chirurgicale, je donne <sup>(1)</sup>, ne donne pas <sup>(1)</sup> (*raier la mention inutile*) l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour un mineur, signature d'un parent ou tuteur légal.

NOM, Prénom, qualité du signataire : .....

N° téléphone (*cas d'urgence*) : ..... Signature :

### 4 - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

**JE SOUSSIGNÉ,** ..... **DÉCLARE :**

*NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal*

- Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complété, l'ensemble des informations demandé sur ce bulletin (page 1, 2, 3).
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Être informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la FFLDA, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (*loi n° 78-17 du 6/01/1978*).
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif (*si refus, rayer cette phrase*).
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant ce bulletin.
- Avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties de base attachées à ma licence FFLDA et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison.
- Avoir reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion GENERALI permettant de souscrire personnellement aux garanties optionnelles à l'assurance auprès de GENERALI.
- Avoir reçu la fiche d'information fédérale concernant MUTUAIDE ASSISTANCE (assistance médicale et rapatriement)

#### GARANTIES COMPLÉMENTAIRES GENERALI

**OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription attaché au présent bulletin et en le retournant à GENERALI en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.

Date ..... / ..... / ..... Signature

## 6 – AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR MINEUR Art. 232-52 Code sport

Je soussigné(e) (Nom Prénom) ..... Agissant en qualité de

représentant légal de l'enfant mineur (Nom prénom de l'enfant) : .....

**Autorise** tout préleveur agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage, en lui présentant ce document, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang...) lors d'un contrôle antidopage sur cet enfant mineur.

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

L'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

## 7 – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR (Annexe 1)

Je soussigné(e) (Nom Prénom) ..... Agissant en qualité de

représentant légal de l'enfant mineur (Nom prénom de l'enfant) : .....

**Atteste** avoir pris connaissance du questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif mineur et m'engage à en respecter les recommandations.

Fait à ..... le ..... / ..... / ..... Signature :

## 8 – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR (Annexe 2)

Je soussigné(e) (Nom Prénom) .....

Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif majeur.

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

## 9 – CONTROLE D'HONORABILITÉ (uniquement si bénévole, éducateur ou salarié du club)

J'exerce, au sein d'une structure FFLDA, une fonction d'exploitant (dirigeant élu, bénévole, salarié)

J'exerce une fonction d'éducateur

Les licences FFLDA permettent d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.

**J'ai compris et j'accepte ce contrôle**

## ANNEXE I - POUR LICENCIÉ(E)S MINEUR(E)S

NB. Ces données sont confidentielles. Elles ne sont pas destinées au club

### QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR MINEUR ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) Code sport

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 :      ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
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"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
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"/>
Aujourd'hui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
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.

## Annexe III Certificat médical

### **CERTIFICAT MÉDICAL** *Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport*

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Docteur (Nom Prénom) :

.....

Demeurant à :

.....

Certifie avoir examiné ce jour M. /Mme (Nom prénom)

.....

Né(e) le ...../...../.....

Demeurant à :

.....

Et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique à l'entraînement et en compétition des disciplines suivantes :

LUTTE     GRAPPLING\*     SAMBO\* Fait à .....    Le ..... /  
..... / .....

*\* Pour le Sambo combat et le Grappling fight des certificats médicaux spécifiques sont à fournir selon l'annexe 07-232-19.*

*\* Pour les vétérans des certificats médicaux spécifiques sont à fournir (cf. annexe du règlement des compétitions individuelles).*

Cachet du médecin

Signature du médecin