



TBSMC – Ton Bad à Spay Min Club

BULLETIN D'INSCRIPTION – SAISON 2024/2025



• **INFORMATIONS PERSONNELLES (à remplir en MAJUSCULES)**

NOM : _____ PRENOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : |_|_| | |_|_| | |_|_| SEXE : FEMININ MASCULIN
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : |_|_|_| |_|_| VILLE : _____
 TEL PORTABLE et/ou FIXE : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|
 E-MAIL (en MAJUSCULES) : _____ @ _____
 PROFESSION (facultatif) : _____

• **CRÉNEAUX**

Créneaux de septembre à juin, au Gymnase Fernand TAVANO, Rue du 19 Mars 1962, 72700 Spay

LUNDI	MARDI	MERCREDI			VENDREDI	
18h30 > 20h30	20h30 > 22h30	16h45 > 18h	18h > 19h30	18h > 20h	18h30 > 20h30	20h30 > 22h30
Adultes 16 places	Adultes 1 semaine sur 2	G1 - 2013 à 2015 (8 pers) G2 - 2008 à 2012 (16 pers)	2006 à 2012 (16 pers)	Jeunes et Adultes (5 terrains)	Jeunes en priorité + Adultes	Adultes en priorité + Jeunes
Entraînement Loisirs	Entraînement Compétition	Ecole Badminton Jeunes	Top Jeunes	Jeu libre	Jeu libre	Jeu libre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 seul choix de créneau encadré				Plusieurs choix possibles		
Licencié unique à 130€ (décision AG) - Tarif réduit : 100€/pers pour les familles de 3 personnes et plus, ou demandeurs d'emploi sur justificatif						

*Jeunes : jusqu'à 15 ans inclus

*Adultes : 16 ans et +

• **PARTICIPATION AUX INTERCLUBS (optionnel, pour les 16 ans et +)**

Si vous souhaitez participer aux interclubs, cochez cette case :

• **REGLEMENT, DROIT A L'IMAGE, ASSURANCE ET CONTROLES ANTIDOPAGE**

REGLEMENT INTERIEUR

Le soussigné certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du TBSMC (disponible sur www.spay-badminton.fr) et s'engage à le respecter

DROIT A L'IMAGE

Le soussigné autorise l'utilisation de son image ou de celle de l'enfant mineur prise dans le cadre des manifestations et animations encadrées par le club.

Si vous refusez cette utilisation, cochez cette case :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET ACCIDENT CORPORELS

Le soussigné déclare adhérer à l'assurance « Responsabilité civile et accidents corporels » proposée par la Fédération Française de Badminton et incluse dans la licence, et avoir pris connaissance des garanties complémentaires et informations relatives à la notice d'assurance.

CONTROLES ANTIDOPAGE

Le soussigné déclare avoir pris connaissance qu'il peut être soumis à des contrôles antidopage auxquels il ne pourra pas se soustraire ou s'opposer comme stipulé dans le Code du Sport – Titre III, articles L.232-10 et L232-12.

• **AUTORISATION PARENTALE (obligatoire pour les mineurs)**

Je soussigné, _____ agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice, autorise mon enfant susnommé à subir conformément à la loi, les prélèvements biologiques en cas de contrôle antidopage (Code du Sport – Titre III, articles L.232-10 et L232-12).

• **DOCUMENTS A FOURNIR / REGLEMENT DE LA COTISATION**

- Règlement de la cotisation : 130 € (100€/pers pour les familles de 3 personnes et plus, ou demandeurs d'emploi sur justificatif)

Moyens de paiement (cochez la ou les case(s) correspondante(s)) :

Virement (à privilégier, en indiquant le nom et prénom de l'adhérent) → IBAN : FR76 1790 6001 1296 3727 7794 764 / BIC-SWIFT : AGRIFRPP879

Chèque à l'ordre de TBSMC (plusieurs chèques possibles, dates encaissement au dos) Espèces (faire l'appoint SVP)

Chèque Vacances ANCV Coupon Sport ANCV

Bon Temps Libre CAF Pass' Sport

MERCI DE METTRE LE REGLEMENT DANS UNE ENVELOPPE AVEC LE NOM DU OU DES ADHERENTS CONCERNÉS

- Pour une inscription ou réinscription, l'attestation FFBAD « QS-SPORT » (pages suivantes) dûment rempli.

- Si vous souhaitez une facture (envoyée par mail une fois le règlement total effectué) cochez cette case :

Fait à : _____ Le: ____/____/____	Signature de l'inscrit	Signature du représentant légal (si mineur)
--------------------------------------	------------------------	---

USAGE INTERNE AU CLUB : € au trésorier Saisie Dolibarr Licence Poona Par :



QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MAJEUR » PRÉALABLE A L'OBTENTION OU AU RENOUELEMENT 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 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"/>

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 ?	<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"/>

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 :



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

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)	OUI	NON
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		
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 toi ou tes parents avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Vous devez 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.

Dans ce cas un certificat médical est nécessaire pour que tu puisses pratiquer le badminton.

Si toi ou tes parents avez répondu Non à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir.

Attestez simplement, à l'aide de l'attestation ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions.



ATTESTATION

Je soussigné(e),

NOM : _____

PRÉNOM : _____

en ma qualité de représentant légal de :

NOM : _____

PRÉNOM : _____

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé « Sportif mineur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :