

Espace de la Petite Bouverie
France 98, allée Pierre de Coubertin
76000 Rouen-France

Courriel : contact@leopardsrouen.fr
Site : www.leopardsrouen.fr
Agrément N° 76S9847 à la DRDJS

DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2023-2024

Section	Football américain	Cotisations
SENIORS	né en 2003 ou avant	240 euros
U20	né entre 2004 et 2006	240 euros
U17 (mixte)	né entre 2007 et 2009 née entre 2006 et 2009	180 euros
U14 / U12 (mixte)	né(e) entre 2010 et 2014	100 euros
Féminines +18	Née en 2005 ou avant	100 euros
Flag +16 (Mixte)	Né(e) en 2007 ou avant	100 euros

L'association accepte les aides suivantes (sous réserve de validation d'inscription à l'aide) :

- 50€ Pass'Sport s'adresse aux 6 à 18 ans révolus au 30 juin 2023 qui bénéficient de l'allocation de rentrée scolaire ou d'une bourse pour les 18 et 28 ans.



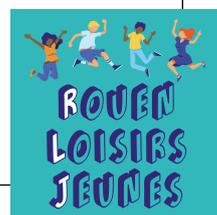
- 30€ Atouts Normandie, pour tous les 15/25 ans, vivants ou étudiants en Normandie <https://atouts.normandie.fr/>



- Pass 76 (enfant né entre le 16/09/2007 et le 31/12/2017 bénéficiant de l'allocation de rentrée scolaire



- Rouen Loisirs Jeunes, enfant entre le 01/01/2005 et le 31/12/2017 Rouennais avec un quotient familial maximum de 600



ENTRAINEMENTS

Section	Jours d'entraînements	Horaires*	Date de reprise
Elite	Lundi, mercredi et vendredi	19h30 à 21h30	11 Septembre
Senior Régional	Lundi et jeudi	19h30 à 21h30	11 <i>Septembre</i>
U20	Mardi et jeudi	19h30 à 21h30	12 <i>Septembre</i>
U17	Mercredi et samedi	16h30 à 18h30 14h30 à 16h30	13 <i>Septembre</i>
U14 / U12	Samedi	14h30 à 16h00	16 <i>Septembre</i>
Féminines +18	Mardi	19h30 à 21h30	12 <i>Septembre</i>
Flag +17	Mardi et Vendredi	19h30 à 21h00 19h00 à 21h00	12 <i>Septembre</i>

* Prêt sur le terrain France 98. Ouverture des vestiaires 30mn plus tôt.

VISITE MEDICALE

Le Docteur Sophie Carpentier est notre médecin du sport référent (vous êtes libre de passer par votre médecin généraliste).

02.32.18.88.08 ou via Doctolib

Maison Médicale du Sport - 28 rue méridienne 76100 Rouen

Le certificat médical (médecin généraliste ou médecin du sport)

n'est désormais obligatoire qu'en cas de :

- 1ère licence pour les personnes majeurs
- de surclassement
- de certificat médical datant de plus de 3 ans
- ou de la moindre réponse négative au Questionnaire Santé-SPORT annexe 6 ou 6bis

KINÉ

Le cabinet de kinésithérapie du sport «Physio-Normandie » est partenaire de notre association.

09 50 92 43 83

1 rue Linus-Carl-Pauling 76130 Mont Saint Aignan



DOSSIER D'INSCRIPTION

La restitution du dossier se fait en ligne (voir QR code page 5)

Renseignements : contact@leopardsrouen.fr

Toute personne intéressée pourra participer à deux entraînements au titre de la découverte de l'activité, ensuite elle devra obligatoirement prendre une licence et donc déposer un dossier complet.

LISTE DES ELEMENTS A FOURNIR AU DOSSIER

Documents	Nouveau licencié mineur	Nouveau licencié majeur	Renouvel. licence mineur	Renouvel. licence majeur
Feuille FFFA 2022 dûment remplie et signée	X	X	X	X
Un scan d'une photo d'identité	X	X		
Un scan de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire	X	X		
Certificat médical autorisant la pratique de la dite activité (voir visite médicale page 2)		X		
Questionnaire santé sport	X		X	X
Autorisations parentales signées	X		X	
Le règlement complet de la cotisation	X	X	X	X

CONTRAT DE LOCATION

La location est réservée en priorité aux jeunes et aux débutants.

Les adultes ayant déjà 2 ans de pratique doivent acquérir leur propre matériel.

Le matériel sera remis au licencié le 18 octobre.

Le loueur est responsable du matériel durant l'année sportive.

Le retour du matériel s'effectue entre le 1^{er} et le 30 juin dernier délais contre le chèque de caution.

Aucune somme ne sera rendue en cas d'abandon du licencié.

En cas de dégradation anormale ou de non retour du matériel, le chèque de caution sera encaissé.

Casque + épaulière	120 euros	+ chèque de caution de 400 euros
Casque seul	100 euros	+ chèque de caution de 400 euros
Épaulière seule	50 euros	+ chèque de caution de 400 euros



BOUTIQUE EN LIGNE :



www.leopardsrouen.fr/boutique

MATERIEL NECESSAIRE À LA PRATIQUE :

Les vêtements portés en match devront être de couleur NOIRE uniquement.

DISPONIBLE À LA VENTE AU CLUB :

Protège-dents : 3 euros

Maillot entraînement : 20 euros

Pantalons d'entraînement et de match Léopards : 50 euros

Sous pantalon de protection (girdle short) : 50 euros

A COMMANDER EN MAGASIN DE SPORT OU EN BOUTIQUE EN LIGNE :

Chaussures à crampons noire (moulés ou plastiques)

www.sportuscompany.com est une boutique partenaire qui saura vous conseiller.



1. **Remplir et scanner les documents demandés** : Photo d'identité, Pièce d'identité, Autorisations parentales pour les mineurs, Licence FFFA, Certificat médical ou Questionnaire Sport Majeur ou Questionnaire Sport Mineur, Attestation Pass'Sport ...
2. **Choix de la licence** en fonction de la catégorie d'âge.
3. **Aides financières**. Contactez nous pour obtenir votre code promo du montant des aides validées (après envoi des justificatifs). Aides acceptées : pass sport, pass76, atout normandie.
4. **Choix de la location d'équipement**. Les demandes de location sont soumises à une caution (non-encaissée) de 400€. Les chèques de caution sont à donner lors des entrainements et avant la récupération de l'équipement.
5. **Enregistrement des coordonnées et des fichiers de l'adhérent**.
6. **Paiement de l'adhésion (licence + location)**. Il est réalisé par carte bancaire (nous contacter si cela vous est impossible). Le paiement en 3 échéances est uniquement valable pour la licence (prélèvement automatique le 03 du mois). La location est réglée en une fois à l'adhésion. Une contribution au fonctionnement de HelloAsso, modifiable, facultative, **SUPPRIMABLE**, vous sera proposée avant la validation de votre paiement.
7. **Pour toutes autres questions** :
manager@leopardsrouen.fr / 06 49 30 10 59

QR code pour s'inscrire en ligne:

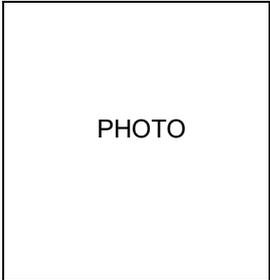


Retrouvez les différents liens sur notre site internet : <https://leopardsrouen.fr/tarifs-et-licences/>



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024



Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement										Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)	
Numéro de licence :											
CHOIX DE LA LICENCE											
FOOTBALL AMERICAIN				FLAG FOOTBALL				CHEERLEADING			
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	
Loisir U12		12,5		Loisir U7		15,6		Loisir Tiny		12,6	
Compétition U12		22,8		Loisir U9		15,6		Loisir Minime		12,6	
Loisir U14		12,5		Compétition U9		15,6		Compétition Minime		17,8	
Compétition U14		22,8		Loisir U11		15,6		Minime surclassé Cadet		17,8	
U14 surclassé U17		57,7		Compétition U11		15,6		Loisir Cadet		17,8	
Loisir U17		12,5		Loisir U13		15,6		Compétition Cadet		17,8	
Compétition U17		57,7		Compétition U13		15,6		Cadet surclassé Junior		17,8	
U17 surclassé U20		57,7		Loisir U15		15,6		Loisir Junior		17,8	
Loisir U20		32		Compétition U15		15,6		Compétition Junior		17,8	
Compétition U20		57,7		U15 surclassé U17		30,8		Junior surclassé en Senior		30,5	
U20 surclassé Senior		64,2		Loisir U17		15,6		Loisir senior		17,8	
Loisir Senior		32		Compétition U17		30,8		Compétition senior		30,5	
Compétition Senior		64,2		U17 surclassé Senior		30,8		Entraîneur		19,1	
Issu d'un championnat majeur		393,8		Loisir Senior		19,1		Dirigeant		29,4	
Entraîneur		19,1		Compétition Senior		30,8		Juge		29,4	
Dirigeant		19,1		Entraîneur		19,1		Bénévole		5,2	
Arbitre		29,4		Dirigeant		19,1					
Bénévole		5,2		Arbitre		29,4					
				Bénévole		5,2					
Total FA :	€			Total Flag :	€			Total Cheer :	€		
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :										Le : / /	

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, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
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 en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'ayant pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN** en tant que : **Joueur** :

Arbitre :

FLAG

en tant que :

Joueur :

Arbitre :

CHEERLEADING

en tant que :

Joueur :

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

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.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les doubles surclassements, certifié après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

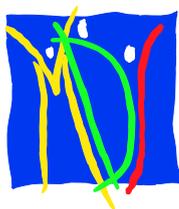
Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "administratif@ffa.org".

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
OUI NON
OUI NON



DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours le licencié)

M. Mme Melle Nom : Prénom :
 Nom de Jeune Fille : Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Profession (nature exacte) :
 Téléphones : fixe mobile
 Email :
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit :

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60^{ème} anniversaire
 Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :
 mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.
 Autres dispositions :

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix :					_ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.
 Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à le

Signature de l'adhérent*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

La période de franchise n'est pas indemnisée. La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

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
Durant les 12 derniers mois		
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) ?		
A ce jour		
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 :	
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	OUI	NON
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	OUI	NON
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 - viesportive@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

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

Certifie être le responsable du mineur :

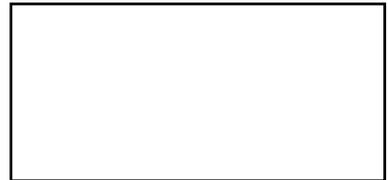
Né(e) le: / /, à

AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT

et l'autorise à pratiquer le FOOTBALL AMÉRICAIN en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2023-2024 au sein de l'association sportive LES LEOPARDS DE ROUEN

Fait à le / /

Signature :



AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT

et l'autorise être transporté en car ou dans le véhicule d'un autre parent dans le cadre de sa pratique sportive avec LES LEOPARDS DE ROUEN pour la saison 2023-2024.

Fait à le / /

Signature :

