



## BULLETIN D'ADHESION 2017/2018



Ce bulletin m'engage à accepter et respecter les statuts et le règlement intérieur de l'association.

Je demande à être licencié(e) de la Fédération Française de badminton (FFBaD).

Mon inscription ne sera possible qu'après réception de l'intégralité des documents demandés, accompagnée du règlement (50€ pour les adultes, 30€ pour les -18 ans) et ne sera effective qu'après validation de la FFBaD.

### Document obligatoires

- Le bulletin d'adhésion du BCCB (ce document)
- La demande de licence de la FFBaD (en double exemplaire, une à conserver et une pour le club)
- Le certificat médical de non contre-indication **ou** le questionnaire de santé *si le dernier certificat a moins de 3 ans*. **Un de ces documents est obligatoire, aucun autre format de certificat médical n'est accepté par la FFBaD.**

### Document facultatif

- Le bulletin d'adhésion pour l'option du contrat accident corporel entreprise.
- Le bon de commande de **tenues** à l'effigie du club.

### Informations personnelles

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

### Droit à l'image

Je refuse que mon image soit utilisée dans les publications du club

### Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_

### Autorisation parentale

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise  
l'inscription de mon enfant  
\_\_\_\_\_

### Date et signature de l'adhérent(e) ou du représentant(e) légal(e) :

Contacts et informations :  
[bccb@hotmail.fr](mailto:bccb@hotmail.fr)  
<http://bccb.clubeo.com/>  
<https://facebook.com/bccb.79360/>



## BON DE COMMANDE TEE-SHIRT BCCB

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_

	Prix Unitaire	Taille	Quantité	Total
T-shirt enfant	7,00 €			
T-shirt femme	8,00 €			
T-shirt homme	8,00 €			
Polo enfant	8,00 €			
Polo femme	10,00 €			
Polo homme	10,00 €			
Short enfant	5,00 €			
Short femme	7,00 €			
Short homme	7,00 €			
Jupe femme (short intégré)	12,00 €			
			MONTANT A RÉGLER	

**Deux commandes seront faites au cours de l'année. La première au mois d'octobre, et l'autre au mois de janvier (paiement par chèque à l'ordre du BCCB à remettre au gymnase lors des séances). Aucune commande ne sera prise en compte sans le règlement.**

Contacts et informations :  
[bccb@hotmail.fr](mailto:bccb@hotmail.fr)  
<http://bccb.clubeo.com/>  
<https://facebook.com/bccb.79360/>

## 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.

**RENOUVELLEMENT LICENCE** N° (8 chiffres) ..... **NOUVELLE LICENCE**

**CLUB** .....

**LIGUE** ..... **DÉPT.** .....

**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

**RENOUVELLEMENT 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 BOÎTE MAIL

OUI, JE SOUHAITE RECEVOIR 100% BAD UNIQUEMENT SOUS FORMAT NUMÉRIQUE TÉLÉCHARGEABLE DEPUIS MA BOÎTE 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 détecter 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 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 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 :



GdB

# Certificat médical de non contre-indication Formulaire obligatoire

## Formulaire 1

adoption :  
entrée en vigueur : 01/09/2017  
validité : permanente  
secteur : ADM  
remplace : Chapitre 2.1.F1-2016/1  
nombre de pages : 1

*5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion*

### ENGAGEMENT DU JOUEUR POUR LE CERTIFICAT MEDICAL

Le badminton est un sport qui peut solliciter intensément les systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la prudence pour la délivrance de ce certificat. Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe chez les séniors et aussi chez les plus jeunes.

Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

La commission médicale de la FFBaD rappelle l'utilité:

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents personnels et familiaux, à la recherche de facteurs de risques : Symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort, anomalies du bilan lipidique, hypertension artérielle, diabète, obésité, atteinte de la fonction rénale, élévation de la CRP. et antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire.
- d'un examen clinique attentif.
- d'un électrocardiogramme de repos de dépistage à partir de l'âge de 12 ans.

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique, etc. en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque après en avoir apprécié l'importance.

**Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence pour la pratique du badminton, y compris en compétition.**

Fait le ..... à .....  
*(Signature du joueur ou de son représentant légal,  
précédée de la mention « lu et approuvé »)*

### Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom ..... Prénom .....  
né(e) le : / /

et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du sport ou du badminton, y compris en compétition.

Fait le ..... à ..... Signature et cachet du médecin examinateur

*Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux.*

***L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être remis avec la demande de licence au club qui le conservera***