



## BIENVENUE AU BCRY !!!

Vous êtes joueur de compétition ou bien vous voulez uniquement prendre du plaisir en version loisir, quels que soient votre âge et votre niveau de jeu, le BCRY est le club qu'il vous faut !

Pour vous inscrire ou vous réinscrire, vous trouverez le dossier ci-dessous contenant toutes les pièces à fournir afin d'obtenir un dossier complet.

- Le seul certificat médical à utiliser est celui contenu dans le dossier, il ne sera pas accepté de certificat sur papier à entête de votre médecin, une partie est également à compléter par le joueur.
- Le club offre toujours 20% de remise à partir de la seconde licence d'un même foyer.
- Les différents moyens de paiement sont le chèque (à l'ordre du BCRY), chèque vacances ou avec le pass'sport .

Le(s) **dossier(s) d'inscription COMPLET(S)** est (sont) à envoyer dès à présent chez

Mme Léa GAYRAUD-JOHAIS  
7 impasse des Mésanges  
85 480 THORIGNY

Un accusé réception par mail vous sera envoyé pour confirmation.

**ATTENTION : aucun dossier INCOMPLET ne sera accepté**  
**(Une place ne vous sera pas retenue, certains créneaux se remplissent très vite)**

Un point régulier sera fait sur le remplissage des différents créneaux (jeunes, loisirs, compétiteurs) sur le site internet du club : [www.bcry.fr](http://www.bcry.fr) rubrique entraînements et créneaux.

Vous pourrez également déposer votre dossier complet le Mercredi 7 septembre 2022 de 17h00 à 20h00 Salle de la Courtaisière, 92 Boulevard Gaston Defferre 85000 La Roche-sur-Yon.

Dès à présent, vous pouvez également vous équiper pour la rentrée avec la boutique du club sur notre site internet. <https://bcry.fr/boutique>

Les raquettes proposées sont remises le 7 septembre. Leurs tarifs ont été négociés avec notre partenaire +2Bad.



**10 € de remise\***  
dès 50€ d'achat

\* Valables hors promotions. Non cumulables avec autre remises. Valable tout le mois de septembre en stand et en Boutique. Valable sur les packs de rentrée.



**11 Rue de Bruxelles**  
**44300 Nantes**

**Tel : 06 46 69 74 03**

Pour tous renseignements, vous pouvez consulter notre page [www.bcry.fr](http://www.bcry.fr) ou Facebook.

Les créneaux seront ouverts début septembre (à vérifier sur le site internet du club)



## Inscriptions 2022/2023

**FORMULAIRE ADULTES  
COMPETITEURS**

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : .....  
Ville : .....  
Tel fixe/portable : .....  
E-mail : .....

Photo

Pour les  
nouveaux  
adhérents

- ☐ Je suis nouvel adhérent  
☐ Je renouvelle ma licence au BCRY (n° de licence.....) 85  
☐ Je suis muté (n° licence : .....)  
☐ Je souhaite être informé des dates de tournois FFBad (consultables sur [www.badiste.fr/liste-tournoi-badminton](http://www.badiste.fr/liste-tournoi-badminton))

Date et signature :

Le dossier d'inscription complet doit contenir :

- 1/ La feuille d'inscription dûment complétée  
2/ Le chèque de cotisation (libellé à l'ordre du BCRY), CS ou CV  
3/ Le livret du licencié dûment complété  
4/ **Le Certificat médical de la FFBad (à compléter par le licencié) ou le questionnaire de santé + l'attestation**

**!! Tout dossier incomplet sera refusé !!**

### LICENCE COMPETITION :

**Pratique libre ou avec entrainements et accès aux compétitions de la FFBAD  
(Volants plumes fournis pour les entrainements)**

Créneaux proposés :

|               |                   |                                                                  |
|---------------|-------------------|------------------------------------------------------------------|
| Jeu libre     | lundi 20h00/23h00 | Salle Haxo (sous réserve de championnat)                         |
| Entrainements | lundi 20h30/22h00 | Salle Rivoli                                                     |
| Jeu libre     | lundi 22h00/23h00 | Salle Rivoli                                                     |
| Jeu libre     | jeudi 19h30/23h00 | Salle Rivoli (sauf entrainement 1/mois par Maxime)               |
| Jeu libre     | samedi 9h30/12h30 | Salle du Bourg sous la Roche (créneau commun aux licenciés BCRY) |

**TARIFS : 140 €**



NB : toute inscription est définitive : il ne sera pas effectué de remboursement en cours d'année

**Dossier d'inscription COMPLET à remettre à la salle de la Courtaisière le mercredi 7 Septembre de 17h00 à 20h00**

- Il peut être envoyé par courrier à Léa GAYRAUD-JOHAIS : 7 impasse des Mésanges 85480 THORIGNY
- Si vous ne voulez pas que votre photo soit diffusée sur les supports de communication du club, envoyez un mail à [contact@bcry.fr](mailto:contact@bcry.fr)

# DEMANDE DE LICENCE 2022/2023

**ADULTE** 1

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 DE LICENCE N°** (8 chiffres) ..... **NOUVELLE LICENCE** ☐

**CLUB** .....

**LIGUE** ..... **DÉPT** .....

**NOM** ..... **NOM DE JEUNE FILLE** .....

**PRÉNOM** ..... **SEXE** : FÉM. ☐ MASC. ☐ **NATIONALITÉ** : .....

**NÉ(E) LE** ..... **À** (ville, département et pays) .....

**ADRESSE** .....

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

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

**E-MAIL** .....

- ☐ J'accepte que la Fédération et ses organes déconcentrés utilisent mes coordonnées afin de m'envoyer des informations liées à mon adhésion et au fonctionnement de la Fédération.
- ☐ J'accepte que la Fédération et ses organes déconcentrés utilisent mes coordonnées à des fins de communication concernant le badminton français, international et les événements de la Fédération.
- ☐ J'accepte que la Fédération transmette mes coordonnées à ses partenaires afin notamment de recevoir des offres privilégiées et sélectionnées par la Fédération.
- ☐ Je ne souhaite pas que l'on puisse accéder à ma fiche résultat personnelle, j'ai conscience que ma participation à au moins une compétition officielle me fera apparaître dans les résultats de compétition et dans le classement de la Fédération conformément au règlement général des compétitions.

Protection des données à caractère personnel "Les données font l'objet d'un traitement effectué par la FFBaD pour son propre compte et le compte de ses organes déconcentrés et des clubs affiliés. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Française de Badminton, en sa qualité de responsable de traitement, pour la gestion des licences, l'utilisation et la diffusion d'images ou de sons vous concernant, ainsi que pour l'envoi d'informations postales ou digitales. La base légale de ce traitement est l'exercice d'une mission d'intérêt public et votre consentement. Ces données seront conservées le temps de la validité de la licence. Elles seront supprimées de manière sécurisée à partir de 3 ans après la fin de cette validité. Pendant toute la durée de conservation des données personnelles, et à partir de ce jour, la FFBaD met en place tous les moyens aptes à assurer leur confidentialité, leur exactitude, et leur sécurité, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés et non habilités. L'accès aux données à caractère personnel est strictement limité aux collaborateurs de la Fédération et ses prestataires, des ligues, des comités, et des clubs affiliés, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Vos données sont hébergées sur des serveurs localisés en France. Conformément à la loi 78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier, demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime en contactant la Fédération au 01 49 45 07 07 ou par mail : [cnil@ffbad.org](mailto:cnil@ffbad.org). Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la Cnil à l'adresse <https://www.cnil.fr/plaintes>."

| PREMIÈRE PRISE DE LICENCE                                                              |                                                                                        | RENOUVELLEMENT DE LICENCE                                                                   |                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|     | Si mon certificat médical a<br><b>+ de 3 ans</b>                                       | Si mon certificat médical a<br><b>= de 3 ans</b>                                            |                                                                                        |
| <u>JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION</u>                          | <u>FOURNIR UN NOUVEAU CERTIFICAT</u>                                                   | <u>REMPLIR LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET JOINDRE UNE ATTESTATION</u>                         | <u>OU</u> <u>JOINDRE UN NOUVEAU CERTIFICAT MÉDICAL</u>                                 |
| Téléchargez <b>ICI</b><br>le formulaire unique et obligatoire<br>du certificat médical | Téléchargez <b>ICI</b><br>le formulaire unique et obligatoire<br>du certificat médical | Téléchargez <b>ICI</b><br>le questionnaire de santé<br>(Cerfa N° 15699*01) et l'attestation | Téléchargez <b>ICI</b><br>le formulaire unique et obligatoire<br>du certificat médical |

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.

## ASSURANCE :

Je soussigné(e), atteste avoir été informé(e) 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-jointe, 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 0,32€ 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.

## HONORABILITE :

Je soussigné(e), atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un contrôle d'honorabilité pour toute personne exerçant ou souhaitant exercer une fonction 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, je consentirai à la transmission des éléments constitutifs de mon identité par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité selon les articles D.131-2 et D.131-2-1 du code du sport soit effectué.

## 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

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

## DROIT A L'IMAGE :

Dans le cadre de l'exécution de la présente prise de licence et pour la promotion de la FFBaD et du badminton, le signataire reconnaît que la FFBaD, ses organes déconcentrés et ses clubs peuvent 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, à titre gratuit, et ce, pendant la durée de validité de sa licence, et pour le monde entier.

# NIVEAU DE GARANTIES DE L'ASSURANCE GENERALI

2

Résumé des contrats GENERALI n° AN987 507 et EUROP Assistance n° 58.223.892

## VOUS ÊTES LICENCIÉ(E) À LA FFBaD, VOTRE LICENCE COMPREND :

**1/ une garantie Responsabilité Civile obligatoire :** Incluse dans la licence, elle vous assure pendant la pratique de votre activité sportive FFBaD contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Tous les détails sur le site internet de la FFBaD.

## 2/ une garantie Accident Corporel non obligatoire :

**La FFBaD attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.**

Dans ce cadre, la FFBaD propose à ses licenciés trois formules d'assurance :

- Une garantie « Accident Corporel de base » incluse dans la licence ;
- Deux options complémentaires A et B permettant d'augmenter les montants garantis par la garantie de base.

Le détail de ces garanties vous est présenté ci-dessous et dans les notices d'information GENERALI référencées « Assurance FFBaD » en libre consultation sur le site internet de la FFBaD.

### Garantie Accident Corporel de base (0,32 € TTC)

| NATURE DE LA GARANTIE ACCIDENT                                                                                                                                    | MONTANTS GARANTIS                                                                                                                    |                                         |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                   | LICENCIÉS                                                                                                                            | DIRIGEANTS                              | ATHLÈTES DE HAUT NIVEAU                                                     |
| Décès                                                                                                                                                             | 10.000 €                                                                                                                             | 20.000 €                                | 40.000 €                                                                    |
| Déficit Fonctionnel Permanent                                                                                                                                     | 30.000 € / pers.<br>x taux d'invalidité                                                                                              | 40.000 € / pers.<br>x taux d'invalidité | 80.000 € / pers.<br>x taux d'invalidité                                     |
| Indemnité Journalière en cas d'arrêt de travail                                                                                                                   | néant                                                                                                                                | néant                                   | Maximum 60 €<br>par jour pendant<br>365 jours au plus,<br>franchise 7 jours |
| Frais de traitement (1)                                                                                                                                           | 1.500 € par sinistre                                                                                                                 |                                         |                                                                             |
| Premier appareillage non pris en charge par la Sécurité Sociale                                                                                                   | 100 € par victime et par accident                                                                                                    |                                         |                                                                             |
| Dépassements d'honoraires (1)                                                                                                                                     | Maximum 250 € par sinistre                                                                                                           |                                         |                                                                             |
| Hospitalisation                                                                                                                                                   | 100% du forfait hospitalier                                                                                                          |                                         |                                                                             |
| Optique (1)                                                                                                                                                       | 350 € par bris                                                                                                                       |                                         |                                                                             |
| Soins dentaires et prothèses (1)                                                                                                                                  | 1.000 € par sinistre                                                                                                                 |                                         |                                                                             |
| Frais de remise à niveau scolaire                                                                                                                                 | 50 € par jour, maximum 60 jours<br>après application d'une franchise de 10 jours                                                     |                                         |                                                                             |
| Centre de traumatologie sportive (1)                                                                                                                              | Maximum 4.500 €                                                                                                                      |                                         |                                                                             |
| Remboursement cotisation club et licence suite à accident corporel couvert par le contrat et entraînant un arrêt total d'activité sportive médicalement justifié. | Sur justificatifs: max 250 € par sinistre.<br>Remboursement au prorata de la période de non activité<br>franchise relative de 3 mois |                                         |                                                                             |

(1) Sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires, dans la limite des frais réels.

|                                                                                                                                                               |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assistance rapatriement</b><br><b>Prestations délivrées par EUROP Assistance</b><br><b>contrat n° 58.223.892</b><br><b>appelez le +33.(0)1.41.85.81.02</b> | Rapatriement : frais réels<br>Frais médicaux à l'étranger (1) :<br>152.500 € |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

### OPTIONS A et B COMPLÉMENTAIRES à la garantie de base :

Les options vous permettent d'améliorer votre couverture d'assurance et ainsi d'être encore mieux protégé lors de la pratique de votre sport. Les montants indiqués dans le tableau se substituent aux montants de la garantie de base.

| NATURE DES DOMMAGES                                                       | OPTION A<br>10,12 € TTC            | OPTION B<br>19,62 € TTC            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Décès                                                                     | 20.000 €                           | 40.000 €                           |
| Déficit Fonctionnel Permanent                                             | 40.000 €                           | 80.000 €                           |
| Indemnités journalières<br>(après application d'une franchise de 7 jours) | 30 € par jour pendant<br>365 jours | 60 € par jour pendant<br>365 jours |

**Attention : Si les options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.**

### MODALITÉS D'ADHESION AU CONTRAT :

Le licencié ayant postulé à la licence FFBaD est couvert automatiquement au titre des garanties de base du contrat qui lui sont applicables. Il peut refuser d'adhérer à la garantie de base « accident corporel » par écrit (procédure obligatoire), directement auprès de son club et à l'aide du document « refus des garanties accident corporel » en ligne sur le site internet de la FFBaD. S'il désire bénéficier d'une garantie plus étendue au travers des options complémentaires A ou B, le licencié devra utiliser le bulletin d'adhésion dédié et en ligne sur le site internet de la FFBaD. Le complément de prime dû à l'augmentation des garanties sera réglé directement auprès d'AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09.

### VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et des notices d'information référencées « Assurance FFBaD » dont le licencié reconnaît avoir reçu un exemplaire.

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES/DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFBaD et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où la licence FFBaD pour la saison en cours n'est plus valide.

**ASSUREUR :** GENERALI IARD, SA au capital de 59.493.775 €, Entreprise régie par le code des assurances – 7 Bd Haussmann 75456 PARIS Cedex 09 – RCS PARIS 552062663 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Tailbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

La langue des relations précontractuelles et contractuelles est le français.

### MODALITÉS D'EXAMEN DES RECLAMATIONS :

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : GENERALI – SERVICE RECLAMATIONS – 7, Boulevard Haussmann – 75456- PARIS Cedex 09

### INFORMATION RELATIVE A LA VENTE A DISTANCE :

Si vous avez adhéré au présent contrat en utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance et à des fins n'entrant pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat (réputé être la date d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion) pour y renoncer sans justifier de motifs ni supporter de pénalités. Ce droit ne s'applique pas si vous avez déclaré un sinistre mettant en jeu les garanties.

Dans ce cas, pour renoncer au contrat, adressez une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée suivant le modèle ci-dessous à l'adresse :

AIAC – 14 rue de Clichy – 75311 Paris Cedex 9

« Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, renonce par la présente à l'adhésion au contrat d'assurance Individuelle Accident n° AN987.507 que j'avais souscrit à distance le \_\_\_\_\_.

Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature du licencié »

### INFORMATION SUR LE CONTRAT :

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez :

**AIAC courtage, 14 rue de Clichy, 75009 Paris**

**N° VERT : 0 800 886 486**

**Assurance-ffbad@aiac.fr**

Les résumés des contrats sont téléchargeables depuis le site internet de la FFBaD – [www.ffbad.org](http://www.ffbad.org) - rubrique assurance. Les contrats sont consultables à la Fédération, 9-11 avenue Michelet, 93583 Saint-Ouen Cedex.

### QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident en ligne que vous trouverez sur le site internet de la FFBaD (rubrique assurance). Un accusé réception comprenant un numéro de dossier et la procédure à suivre pour le meilleur traitement de votre dossier vous seront immédiatement communiqués par Email.

Pour faire appel à EUROP ASSISTANCE :

**appelez le +33.(0)1.41.85.81.02.**

**Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.**

## Certificat médical de non contre-indication

Formulaire obligatoire

### Formulaire 1

adoption :  
entrée en vigueur : 01/09/2020  
validité : permanente  
secteur : ADM  
remplace : Chapitre 02.01.F1-20189

*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***



## 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 :