



DOSSIER D'ADHESION FLAG SAISON 2023 – 2024

KELTED QUIMPER FOOTBALL AMERICAIN

Club de Football Américain & Flag Football régi par la loi de 1901

CONTACT

Par email : kelted.quimper@gmail.com

Par téléphone : 07 83 79 84 72 (Blandine Jounier - Trésorière)

Le club des Kelted est un club de football américain, où le football américain et le flag football (version mixte et sans contact) sont pratiqués et développés.

Une adhésion en ligne est possible mais il faudra, quand même, rendre les papiers nécessaires à une adhésion complète !!!!

1 - ENTRAINEMENTS :

	LES LUNDIS	LES MARDIS	LES JEUDIS	LES SAMEDIS
SENIORS	19h à 21h		18h30 à 20h30	
FLAG ADOS - ADULTES		19h à 20h30		
JUNIORS		19h à 20h30		10h à 12h30
CADETS / MINIMES				10h à 12h30
ECOLE DE FLAG				10h à 11h30

2 - TARIFS DES LICENCES :

	ANNEES de naissance	TARIF LICENCE
SENIORS	A partir de 2003	175
JUNIORS surclassés en Séniors	2004	135
JUNIORS (U20)	2004-2005-2006	135
CADETS (U17)	2007-2008-2009	110
MINIMES (U14)	2010-2011	110
FLAG ADOS (U17)	2007-2008-2009	50 ou 25 en complément d'une licence Foot Am.
FLAG ADULTES	2006 et avant	50 ou 25 en complément d'une licence Foot Am.
ECOLE DE FLAG	De 7 à 14 ans	50

3 – MODES DE PAIEMENT : Possibilité est offerte de combiner les moyens de paiements

Chèques bancaires (jusqu'à 3) – Carte Bancaire (possibilité de payer en CB dans l'adhésion en ligne) – Espèces – Chèques vacances ANCV – Chèques Sport ANCV – Pass'Sport (pour les 6 – 17 ans – remettre le courrier reçu du Ministère de la Jeunesse et des Sports)

4 – LA KARTE : Nouveauté 2023-2024

La Karte est la carte des Kelted. Il en existera dorénavant de 2 couleurs !!

Une Karte Jaune, distribuée à tous les licenciés Kelted et qui permet de bénéficier des offres chez nos partenaires.
Une Karte Noire, payante (au prix de 15 euros et 5 euros pour les moins de 12 ans), qui permet en plus de bénéficier d'une boisson et collation à chaque match à domicile, de 10% sur la boutique et d'un goodies Kelted.



DOCUMENTS A FOURNIR – FLAG FOOTBALL

KELTED QUIMPER - Saison 2023 / 2024

	1 ^{ère} INSCRIPTION	RENOUVELLEMENT LICENCE	ADHESION EN LIGNE 1 ^{ère} Inscription ou renouvellement
Formulaire FFFA rempli et signé	✓	✓	✓
Bulletin d'adhésion rempli et signé	✓	✓	
Fiche de l'adhérent remplie et signée	✓	✓	✓
Formulaire Sportmut A rendre rempli et signé même si vous ne souscrivez pas	✓	✓	✓
Questionnaire de Santé rempli ou un certificat médical si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions sur le questionnaire de santé	✓ Certificat médical obligatoire pour les majeurs	✓	✓ Certificat médical obligatoire pour les majeurs
Autorisation parentale en cas d'accident remplie et signée sur le bulletin d'adhésion	✓ Pour les mineurs	✓ Pour les mineurs	✓ Pour les mineurs
Montant de la cotisation En cas de soucis pour le paiement, merci de contacter la trésorière	✓	✓	✓ Si pas de paiement en ligne
1 photo d'identité	✓		✓ En cas de 1 ^{ère} inscription en ligne
1 photocopie de la carte d'identité ou du passeport du licencié	✓		✓ En cas de 1 ^{ère} inscription en ligne
1 photocopie de la carte vitale	✓	✓	✓
1 photocopie de la carte Mutuelle	✓	✓	✓

FICHE DE L'ADHERENT

KELTED QUIMPER - Saison 2023 / 2024

ETAT CIVIL

Nom :

Prénom :

Né le : / / A Nationalité :

COORDONNEES DE CONTACT DE L'ADHERENT

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel. Domicile : Tel. Portable :

E-mail :

COORDONNEES DE CONTACT DU RESPONSABLE LEGAL DE L'ADHERENT (pour les mineurs)

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel. Domicile : Tel. Portable :

E-mail :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom Prénom : Tel :

Nom Prénom : Tel :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Profession ou études en cours :

Profession du père : (pour les mineurs)

Profession de la mère : (pour les mineurs)

INFORMATIONS JOUER / ADHERENT

Sections choisie (cochez la case correspondant à votre choix) :

☐ Flag ☐ Football Américain ☐ Arbitre ☐ Autres (précisez).....

Poids : Taille : Nombre d'années d'expérience :

Commentaires (traitement, allergies...)

.....
.....

DATE ET SIGNATURE

Du responsable légal pour les adhérents mineurs

Fait à, le

BULLETIN D'ADHESION

KELTED QUIMPER - Saison 2023 / 2024

Je soussigné(e),

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Désire adhérer à l'association Kelted Quimper FOOTBALL AMERICAIN. Je m'engage donc à payer la cotisation annuelle correspondant à ma catégorie.

Je me réserve le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 06 janvier 1978.

Je m'engage à ne pas tenir responsable le club des Kelted Quimper en cas de blessures ou d'accidents, lors d'entraînement que j'effectuerais sans licence, et de me servir de mon assurance pour couvrir l'incident.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du club ci-dessous (et disponible sur le site www.kelted.com) et l'accepter dans son intégralité.

Autorisation parentale pour les mineurs :

Je soussigné (e) M., Mme

(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur

Né(e) le : / /, à

Et l'autorise à pratiquer le FOOTBALL AMERICAIN en compétition dans la catégorie demandée avec autorisation médicale pour la saison 2023 / 2024 au sein des Kelted Quimper Football Américain.

Et l'autorise les responsables du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ainsi que de faire transporter l'adhérent nommé ci-dessus dans l'établissement hospitalier le plus proche.

Et l'autorise l'adhérent nommé ci-dessus à monter dans un véhicule du club, d'un responsable du club ou de tout autre transporteur privé, en vue de se rendre sur des manifestations liées au club.

Fait à, le

Signature de l'adhérent ou Signature du responsable légal *

** Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvée »*

Cachet de l'association :



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024

PHOTO

Club : KELTS

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		En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individue accident couvrant sa pratique sportive. ☐									
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				15,6		Dirigeant				19,1											
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 :										€																	

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** : ☐

Arbitre : ☐

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 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, certifie 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@fffa.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 ☐



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

(l'adhérent est toujours le licencié)

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.

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 :

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"*



Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le Numéro siren n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - ☎ : 01 53 04 86 86

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)	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 1*		30 489,80 €		5,00 €	
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 RENOUVELLEMENT 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 inexpliquée ?		
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*

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

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 ☐ un garçon ☐	Ton âge :	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré (e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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.)	☐	☐

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