



RÈGLEMENT INTÉRIEUR TSUNAMI DU LOING

Association sportive d'Ultimate Frisbee
SAISON 2020 – 2021



Je soussigné,....., déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association TSUNAMI DU LOING et m'engage à le respecter dans son intégralité pour la saison 2020-2021.

Signature des Parents pour un mineur

(précédé de la mention « lu et approuvé »)

Signature

(précédé de la mention « lu et approuvé »)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Joindre votre certificat médical ou l'attestation – un exemplaire est disponible en page 2*)

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL ET VILLE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE FIXE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE
(Indiquer celui des parents pour les mineurs) :

EMAIL :

PROFESSION :

***Pour participer aux compétitions Fédérales, la mention « apte à la pratique de l'ultimate en compétition » doit impérativement figurée sur le certificat médical. Pour les mineurs, soyez attentif au surclassement ou double surclassement.**

LOISIR	JEUNE U13 Né en 2009+	JEUNE U15 Né en 2007 ou 2008	JEUNE U17 Né en 2005 ou 2006	JEUNE U20 Né en 2002, 2003 ou 2004	JOUEUR	LICENCE (entourez la licence souhaitée)
45€	40€	40€	55€	55€	70€	TARIFS 2020-2021



RÈGLEMENT INTÉRIEUR TSUNAMI DU LOING

Association sportive d'Ultimate Frisbee
SAISON 2020 – 2021

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur

certifie que m, mme, mlle,

ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'**Ultimate Frisbee** et du **Disc Golf**,

- En compétition
- Surclassement autorisé
- Doublement surclassement autorisé – pour les jeunes de plus de 14 ans

Fait à

Cachet du médecin
(avec n° d'Ordre)

Signature

Date

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

Je soussigné madame, monsieur

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Fait à

Signature

Date

AUTORISATION DE SOINS POUR LES MINEURS

(à remplir par une personne exerçant l'autorité parentale)

Je soussigné(e), _____, père, mère, tuteur de _____ autorise

l'accompagnateur désigné par le club d'ultimate frisbee "Tsunami du Loing" à faire pratiquer pour lui (elle), tous les soins urgents nécessaires en cas de problème de santé lors des activités proposées par le club, à le (la) reprendre à la sortie d'un établissement de soins.

Signature

Nom de la personne à prévenir

Numéro de la personne à prévenir

A RENDRE AU CLUB DÈS LE PREMIER ENTRAÎNEMENT



Annexe 3 : Attestation sur l'honneur de reprise d'activité

Nom et prénom :

Pour les mineurs nom du représentant légal :

S'engage à prendre toutes les précautions nécessaires à sa protection et celle des autres personnes participant aux activités du club, notamment :

- **ne pas pratiquer en présence d'un des symptômes de la liste des symptômes du COVID19 :**

- fièvre
- toux sèche
- fatigue
- courbatures
- maux de gorge
- diarrhée
- conjonctivite
- maux de tête
- perte de l'odorat ou du goût
- éruption cutanée, ou décoloration des doigts ou des orteils

- **tenir compte des conditions de reprises définies dans *Les conditions médicales de reprise COVID 19***

- Les personnes ayant contracté le COVID 19 (test positif, présence de symptômes, images radiologiques) doivent consulter leur médecin traitant avant de reprendre une activité physique
- Les personnes ayant un des symptômes évocateurs de la liste doivent s'isoler et consulter leur médecin traitant avant la reprise
- Les personnes ayant été en contact avec un cas confirmé de COVID 19 doivent se faire tester en lien avec leur médecin traitant ou l'ARS et ne doivent pas pratiquer avant un avis médical

- **avoir lu les protocoles sanitaires de reprise et s'engager à les respecter**

- **avoir pris note de la recommandation ministérielle de tracing de l'application smartphone Stop Covid.**

Fait à

Signature

Le

