

# DOSSIER DE LICENCE

## 2024/2025

FOOTBALL AMÉRICAIN

CHEERLEADING

FLAG

**LE MINOTAURE MONTE EN**

**03**



**NATIONAL  
CHAMPIONSHIP**





## DOSSIER DE LICENCE

Votre dossier de licence doit être intégralement rempli.

Pour les **joueurs majeurs**, il est composé :

- (1) du formulaire de demande de licence FFFA
- (2) du formulaire Sportmut (*assurance complémentaire facultative*)
- (3) de la fiche de renseignements
- (4) de la demande d'assimilation «JAF» (*document facultatif*)
- (5) du formulaire d'autorisation pour le droit à l'image
- (6) du questionnaire de santé (*remplir un seul questionnaire : majeur ou mineur*)

Pour les **joueurs mineurs**, il faudra remplir en plus les fiches complémentaires (6b et 7) et les joindre à votre dossier.

Pour les **nouvelles demandes**, il faut impérativement joindre au dossier de licence :

- une photo d'identité
- une photocopie recto-verso de vos papiers d'identité
- un **certificat médical** pour la pratique en compétition de la discipline choisie. Il peut être délivré par le médecin sur un papier libre, autre que l'emplacement prévu à cet effet sur le formulaire FFFA.

Pour les **renouvellements**, il suffit de remplir votre dossier (1 à 6).

Le Règlement Intérieur de l'Association est disponible en téléchargement depuis notre site internet : [www.le-minotaure.com](http://www.le-minotaure.com)

La souscription d'une licence pré-suppose avoir pris connaissance du dit Règlement Intérieur et d'y adhérer sans réserve.

**Merci d'envoyer votre dossier complet aux responsables de sections**

Règlement  
par chèque ou  
carte bancaire

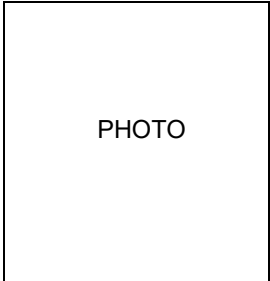
**Bonne saison !**





# DEMANDE DE LICENCE FFFA

## SAISON 2024/2025



Club : LE MINOTAURE

### 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 :											
<b>CHOIX DE LA LICENCE</b>											
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		14,3		Loisir U7		18,6		Loisir Tiny		14,5	
Compétition U12		24,2		Loisir U9		18,6		Loisir Minimé		14,5	
Loisir U14		14,3		Compétition U9		18,6		Compétition Minimé		19,9	
Compétition U14		24,2		Loisir U11		18,6		Minimé surclassé Cadet		19,9	
U14 surclassé U17		60,2		Compétition U11		18,6		Loisir Cadet		19,8	
Loisir U17		14,3		Loisir U13		18,6		Compétition Cadet		19,9	
Compétition U17		60,2		Compétition U13		18,6		Cadet surclassé Junior		19,9	
U17 surclassé U20		60,9		Loisir U15		18,6		Loisir Junior		19,8	
Loisir U20		35,1		Compétition U15		18,8		Compétition Junior		19,9	
Compétition U20		60,9		U15 surclassé U17		34,5		Junior surclassé en Senior		33,1	
U20 surclassé Senior		67,6		Loisir U17		18,6		Loisir senior		19,8	
Loisir Senior		35,1		Compétition U17		34,5		Compétition senior		33,1	
Compétition Senior		67,6		U17 surclassé Senior		34,5		Entraîneur		20,5	
Issu d'un championnat majeur		407,1		Loisir Senior		18,6		Dirigeant		20,5	
Entraîneur		20,5		Compétition Senior		34,5		Juge		31,1	
Dirigeant		20,5		Entraîneur		20,5		Bénévole		6,9	
Arbitre		31,1		Dirigeant		20,5					
Bénévole		6,9		Arbitre		31,1					
				Bénévole		6,9					
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** :

**FLAG**  en tant que : **Joueur** :

**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@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



**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs

# SPORTMUT

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

## 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 : **LE MINOTAURE**

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<sup>ème</sup> 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"

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 Sirene sous le Numéro siren n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - ☎ : 01 53 04 86 86 - 📠 : 01 53 04 86 87

# 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 <sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 <sup>ème</sup> 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.



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :	.....				
Prénom :	.....				
Taille :	.....	Poids :	.....	Poste :	.....
Adresse :	.....				
	.....				

Téléphone domicile : .....

Téléphone portable : .....

Personne à contacter en cas d'accident : .....

Email personnel : .....

.....

Date et lieu de naissance : .....

Situation familiale : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

Situation professionnel : .....

Type d'emploi : .....

Lieu de travail : .....

Intéressé par le coaching : Non  Un peu  Beaucoup  *(prendre contact avec Eric Pierre)*

Intéressé par l'arbitrage : Non  Un peu  Beaucoup  *(prendre contact avec Anthony Bun)*

Intéressé par le bénévolat : Non  Un peu  Beaucoup  *(prendre contact avec le Marc de JONG)*

Joue depuis : ..... ans Club(s) : .....

Coach depuis : ..... ans Club(s) : .....

Question ou demande particulière : .....

.....

## **DOSSIER DE DEMANDE D'ASSIMILATION EN CATEGORIE « JOUEUR ASSIMILE FRANCAIS » (J.A.F.)**

Joindre :

- une déclaration sur l'honneur de l'intéressé attestant qu'il n'a pas pratiqué le football américain, le flag football ou le cheerleading après l'âge de 16 ans en dehors de la France.
- une photocopie de la Carte Nationale d'Identité, ou du passeport en état de validité, du pays dont est originaire le demandeur, ou une autorisation de présence sur le territoire français (Visa « long séjour » ou autre), précisant que le licencié à plus de 21 ans au moment de sa demande ;
- tout autre document confirmant la demande

### **Rappel réglementaire :**

**Article 49 : Dérogation pour les joueurs ressortissants hors Union Européenne et assimilés**  
*« 1) Les structures sportives affiliées peuvent déposer une demande de dérogation aux dispositions relatives aux ressortissants hors Union Européenne et assimilés pour tout joueur non ressortissant de l'Union Européenne, de plus de 21 ans, débutant le football américain, le flag ou le cheerleading dans le cadre de la Fédération. Si une telle dérogation est accordée, le joueur se voit attribuer pour la discipline concernée par la demande, une licence portant la mention « Joueur Assimilé Français » (JAF).*

*2) Cette dérogation est étudiée sur la base d'un dossier constitué par le club et devant notamment comporter :*

- une déclaration sur l'honneur de l'intéressé attestant qu'il n'a pas pratiqué le football américain, le flag ou le cheerleading après l'âge de 16 ans en dehors de la France.*
- tous autres documents confirmant la demande. »*

**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](http://www.ffa.org) - [ffa@ffa.org](mailto:ffa@ffa.org)

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e)

.....

(Nom et Prénom)

Né (e) le: ..... / ..... / ....., à ..... (.....)

(Ville de naissance)

(Pays de naissance)

domicilié (e) :

.....

(Adresse)

.....

(Code Postal)

.....

(Localité)

Document d'identité :

- Type : Carte d'identité       Passeport

- Numéro :

- Etabli par (autorité, pays) :

**CERTIFIE SUR L'HONNEUR** n'avoir jamais pratiqué le :

Football américain

Flag Football

Cheerleading

dans d'autres pays que la France après l'âge de 16 ans, que ce soit comme amateur, scolaire, universitaire ou professionnel, et avoir débuté pour la première fois cette discipline avec le club :

..... (Nom du Club)

Et être régulièrement titulaire du document d'identité indiqué ci-dessus ainsi que des pièces constitutives du dossier.

En conséquence, je déclare répondre aux conditions prévues dans le règlement fédéral concernant les « JOUEURS ASSIMILES FRANCAIS ».

Je reconnais, en outre, avoir pris bonne note que toute fausse déclaration, ou fraude, est passible des sanctions prévues par le règlement fédéral.

Fait à : ....., le ..... / ..... / .....

Signature du déclarant précédée de la mention « lu et approuvé » :

Lu et approuvé

Tampon du club et signature du Président du club :



### AUTORISATION SUR LA LIBRE UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MAJEURE MINEURE

---

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ né(e) : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Si mineur,

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ parent  représentant légal  tuteur

de l'Enfant : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_

Autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais / mon enfant apparait\* ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre de la publication, de la promotion et de la publicité à l'usage exclusif de l'association sportive «Le Minotaure de Strasbourg».

Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Fait à :

Le :

Signature :

Si mineur, signature du  
parent/représentant légal/tuteur

Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image.

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable, que l'image soit préjudiciable ou non. Font exception à cette règle les photos de foule où la personne n'est pas le sujet central ou bien les photos prises de loin ou de dos.

Un document manuscrit doit ainsi être signé par la ou les personnes concernées par la photographie. Le document doit en outre faire apparaître les mentions permettant de faire référence aux photos concernées par l'autorisation et à l'utilisation qui en est faite.

Il ne peut en aucun cas être établie d'autorisation globale, couvrant tout type de photographie impliquant la personne.

Cas des enfants mineurs

Dans le cas des enfants mineurs, la signature d'autorisation des parents de l'enfant ou de ses tuteurs légaux doit également être obtenue par écrit.

De plus,

La diffusion de photos et de vidéos sur le site internet du club est autorisée par les licenciés, parents de mineurs et accompagnateurs.

Sauf avis contraire des concernés formulé par lettre recommandée, et dans ce cas seulement, celles-ci seront effacées dans les plus brefs délais.

Pour les mineurs, la demande d'effacement sera faite par les parents.

## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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) ?		
<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 ?		
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  un garçon

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](http://www.ffa.org) - [viesportive@ffa.org](mailto:viesportive@ffa.org)

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministère In°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



## AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

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 .....

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison **2024/2025** au sein de l'association sportive : **LE MINOTAURE**.....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

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 .....  
(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation médicale pour la saison **2023/2024** au sein de l'association sportive : **LE MINOTAURE**.....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

### 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](http://www.ffa.org) - [ffa@ffa.org](mailto:ffa@ffa.org)

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z