



Saison 2024-2025

Candidature pour l'adhésion à la section suivante :

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ATHLETISME   | <input type="checkbox"/> HATHA-YOGA  | <input type="checkbox"/> BOXE ANGLAISE ( <input type="checkbox"/> DÉBUTANT <input type="checkbox"/> CONFIRMÉ)                     |
| <input type="checkbox"/> BADMINTON  | <input type="checkbox"/> VOLLEY BALL | <input type="checkbox"/> ESCRIME ( <input type="checkbox"/> FLEURET <input type="checkbox"/> SABRE <input type="checkbox"/> ÉPÉE) |
| <input type="checkbox"/> FITNESS  | <input type="checkbox"/> WATER-POLO  | <input type="checkbox"/> NATATION <input type="checkbox"/> AQUA-GYM   |
| <input type="checkbox"/> DANSE (Saussure)   | <input type="checkbox"/> ZUMBA       | <input type="checkbox"/> TENNIS ( <input type="checkbox"/> ÉBLÉ <input type="checkbox"/> SAUSSURE)                                |
| <input type="checkbox"/> JUDO ( <input type="checkbox"/> ÉBLÉ <input type="checkbox"/> STANISLAS <input type="checkbox"/> ALSACIENNE) |                                      |   |

## Informations Personnelles

Masculin  Féminin



Nom : .....  
Prénom : .....  
Nationalité : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Lieu : .....  
Téléphone mobile : ..... Domicile : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
E-mail : .....

## Pour les mineurs

Représenté(e) par :  Père  Mère  Autre (à préciser) : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Tél : ..... Tél professionnel : .....  
E-mail 1 : .....  
E-mail 2 : .....

En cas d'urgence la personne à prévenir est :

Mme : ..... Tél : .....  
M. : ..... Tél : .....

• Je joins à la présente demande un certificat médical\* de non-contre-indication à la pratique de ma discipline (en compétition si nécessaire), datant de moins de 3 mois, uniquement pour les adultes (\*Escrime - daté au plus tôt du 1<sup>er</sup> septembre 2023)

• Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion\*. (\*disponible sur demande à l'accueil du Site Sportif Eblé)

Je déclare accepter que mon image et/ou mon nom et/ou ma voix, et/ou ceux de l'enfant mineur dont je suis le représentant légal soient gracieusement captés, enregistrés, filmés, photographiés, ensemble ou séparément, par le Racing Club de France, dans le cadre de ma/sa participation aux activités du Racing Club de France. J'autorise, également le Racing Club de France à utiliser, reproduire, représenter, mettre à la disposition du public gracieusement, les images, nom, voix ainsi captés, ensemble ou séparément, dans le monde entier et pendant toute la durée des droits de propriété intellectuelle afférents aux supports de fixation de l'image et/ou du son ainsi réalisés, à des fins d'illustrations du site Internet, de tout autre support de communication du Racing Club de France ou de support de communication de tiers (journaux, TV et radios), autorisés par le Racing Club de France.

J'accepte que mes informations soient utilisées pour de la prospection commerciale.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées postales et/ou mon numéro de téléphone soient transmis aux partenaires [lien vers la liste des partenaires] de la société X à des fins de prospection commerciale par courrier postal et/ou par téléphone.

À ....., le .....

Signature du demandeur  
Et, pour les mineurs, de son représentant légal

L'Association Racing Club de France

## Conditions d'adhésion

Je reconnais avoir pris connaissance et m'engage à respecter, en tous points, les statuts de l'Association, son règlement intérieur, le règlement de ma section ainsi que les règlements intérieurs et les règlements particuliers des sites sportifs de l'Association.

Les lieux et infrastructures de pratique de ma discipline ainsi que les différentes activités proposées par ma section me seront précisés ultérieurement.

Je suis adhérent(e) pour la saison sportive 2024-2025 et mon site sportif de rattachement est la rue Éblé ou la Rue de Saussure. Le montant de ma cotisation est précisé dans la grille de cotisation et doit être versé concomitamment à la présente demande d'adhésion. Il est rappelé qu'en toute hypothèse les cotisations sont définitivement acquises à l'Association, quelle que soit la date de la démission ou radiation.

En signant ce bulletin, j'autorise l'Association Racing Club de France à utiliser les données personnelles me concernant, ou concernant l'enfant dont je suis le représentant légal, et recueillies dans le présent bulletin, pour la gestion de mon adhésion ou celle de l'enfant dont je suis le représentant légal. Elles sont enregistrées dans un fichier établi, tenu à jour et exploité par l'Association Racing Club de France, principalement pour permettre l'accès au Site et gérer l'organisation administrative, comptable et fonctionnelle de l'Association (par la tenue d'un annuaire par exemple), ainsi que pour permettre l'envoi d'informations notamment commerciales. Les destinataires des données sont l'Association Racing Club de France, ainsi que le cas échéant hors Union Européenne.

Conformément aux articles 39 et 40 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi n°2004-801, du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données. Ce droit s'exercera par écrit auprès de l'Association Racing Club de France à l'adresse suivante : 5 rue Éblé 75007 Paris.

Ce bulletin d'adhésion doit être retourné, complété et signé, en deux exemplaires originaux, accompagné des pièces demandées (certificat médical, chèque correspondant au montant de la cotisation, une photo d'identité, ainsi que les autres éléments requis par la section souhaitée) à la secrétaire de la section, à l'adresse suivante : Association Racing Club de France, 5 rue Éblé 75007 Paris ou 154 rue de Saussure 75017 Paris.

## Indisponibilité temporaire des espaces, installations et équipements

Les sites de la rue Éblé et de la rue de Saussure, sur lesquels l'Association Racing Club de France développe ses activités, peuvent hypothétiquement réaliser des travaux importants de rénovation et de réhabilitation des installations ou se trouver dans l'obligation de fermer et de cesser temporairement leurs activités pour des contraintes externes.

À cet effet, je déclare être informé(e) du fait que certaines activités ou séances d'activités de l'Association Racing Club de France pourront être ponctuellement annulées au cours de la saison sportive, et ce, notamment, en cas : de fermeture du site pour des raisons de sécurité, d'entretien journalier ou périodique ou de fermeture annuelle ; en cas d'indisponibilité exceptionnelle des installations du Site, en raison de la réalisation de travaux entrepris par l'Association Racing Club de France ou des contraintes externes.

Dans cette hypothèse, l'Association s'engage à faire ses meilleurs efforts pour m'en informer préalablement par tous moyens, notamment par voie d'affichage sur le site.

Eu égard à la structure associative du club, financée par le seul produit de ces cotisations, sans but lucratif, les cotisations versées, dans tous les cas de figure, sont définitivement acquises au club, sans faire l'objet de remboursement.

## Assurances

Par ailleurs, je déclare être informé(e) par l'Association du fait que celle-ci a souscrit un contrat d'assurance de personnes

(Contrats AXA n° Contrat n°6727179904) couvrant, dans certaines conditions, les dommages auxquels ma pratique peut m'exposer à l'occasion des compétitions ou des entraînements organisés par l'Association ou auxquels elle participe et auxquels je prends part. Les garanties offertes par cette assurance sont récapitulées dans le tableau ci-dessous, le secrétariat de la section tenant à ma disposition une notice d'information complète et détaillée.

### Garantie Individuelle Accident

### Limite de garantie

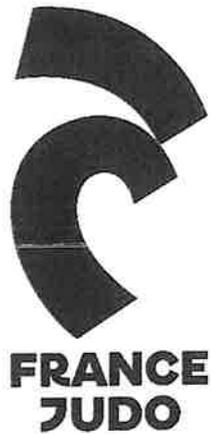
### Franchises

	Limite de garantie	Franchises
<b>Décès :</b> Personnes assurées âgées de plus de 18 ans : Personnes assurées âgées de moins de 18 ans :	<b>31,000€</b> <b>15,500€</b>	<b>Néant</b>
Infirmité permanente totale : Capitale réductible en cas d'infirmité permanente	<b>31,000€</b>	<b>7% d'IPP</b>
<b>Incapacité Temporaire</b>  Incapacité Temporaire  (Versement d'une indemnité journalière professionnelle à compter du 9 <sup>e</sup> jour de travail et pendant 365 jours au maximum) Incapacité Temporaire	<b>À concurrence</b>  <b>de 45.73€ par jour</b>  <b>de 30.49€ par jour</b>	<b>À concurrence</b>  <b>9 jours</b>  <b>9 jours</b>
<b>Frais médicaux suite à un accident :</b>  (Forfait hospitalier compris à partir du 15eme jour d'hospitalisation)	<b>200% tarif de responsabilité conventionnel</b>	<b>14 jours d'hospitalisation</b>

\* Sous réserve de modifications lors du renouvellement des polices d'assurance.

Nota bene : le retour de ce bulletin d'adhésion au demandeur, signé en original par l'Association, marquera l'accord de cette dernière à l'adhésion du demandeur (sous réserve en particulier, outre de son admission, de l'encaissement de la cotisation et de la remise du certificat médical). **Le demandeur deviendra adhérent de l'Association à compter de la date d'adhésion figurant sur le bulletin qui lui aura été retourné. Aucune pratique sportive n'est autorisée sans le retour de ce bulletin.**





**PRISE DE LICENCE  
MINEURS**

**ATTESTATION  
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ..... ,  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR  
(arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

*Date et signature du représentant légal.*

# QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR



En vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée 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 garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.				
		Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon	OUI	NON
		Ton âge : <input type="text"/> ans		
L'année		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 ?		
Ces 2 dernières semaines		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		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 ?		
		À faire remplir par les parents		
		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 ?		

# ANNEXE – CHOIX DES COURS

**NOM**..... **PRENOM**.....

**DATE DE NAISSANCE**.....

**Merci d'indiquer le(s) jour(s) et horaire(s) d'entraînement(s) souhaité(s) :**

1).....

2).....

3).....