



SENIORS

Nés en 2002 et avant

ENTRAINEMENTS

Mercredi
Vendredi

20h/22h - Stade Auguste Delaune - SANNOIS
20h/22h - Stade Auguste Delaune - SANNOIS

Reprise officielle:

Mercredi 7 septembre 22

Stade Auguste Delaune-SANNOIS

TARIF LICENCE

Adhésion	220 €	
Asniérois-Gennevillois	190 €	
Licence flag en +	30 €	si licencié en foot us

EQUIPEMENT

90 € : location casque + épaulière → contre 1 chèque de caution de 360 €

Option achat au club: 90 € le kit complet

(pantalons, ceinture, maillot d'entraînement, toutes protections bas du corps et protège dents)

Achat unité:	pantalons 35€	maillot 30€	protection bas du corps 20€
	ceinture 5€	protège dents 5€	

PAIEMENT

Virement bancaire (RIB sur demande)	Chèque (à l'ordre des molosses)
Espèces	Carte Bancaire
Paypal (sur demande)	Participation CAF - ANCV - CE

DOSSIER D'INSCRIPTION A FOURNIR COMPLET ET A REMPLIR LISIBLEMENT :

A- L' imprimé fédéral à remplir et à signer

B- 1 certificat médical récent de - de 3 mois (cf imprimé fédéral) **obligatoire** pour une 1ère inscription en senior ou le questionnaire de santé et un certificat médical de - de 3 ans pour les autres

C- 1 photo d'identité **pour une 1ère inscription en senior**

D- Imprimé de la mutuelle (SPORTMUT) dûment complété et signé (**même si le joueur n'y adhère pas**)

E- 1 photocopie d'une pièce d'identité **obligatoire** en cours de validité (carte d'identité, passeport, carte de séjour)

F- Le bulletin d'adhésion, l'autorisation de droit à l'image, l'autorisation en cas d'accident et la charte dûment remplis, datés et signés

G- Renseigner une **adresse mail de contact lisible**, pour les échanges et convocations

Nota: *Tout dossier incomplet sera **SYSTEMATIQUEMENT** refusé, et il devra être accompagné d'un paiement en **3 FOIS MAXIMUM**.

*La licence ne sera enregistrée qu'une fois la totalité du règlement créditée par l'association. Pour tout chèque revenu **IMPAYE**, les frais bancaires correspondants seront imputés au joueur concerné.

***RAPPEL IMPORTANT : IL EST INREDIT DE S'ENTRAINER SANS LICENCE**

LES MOLOSSES D'ASNIERES

11, rue Lamartine - 92600 Asnières sur Seine

T. 01 47 93 08 91 - contact@molossesfootball.com - www.molossesfootball.com

SIRET: 42078393800038 - Agrément Jeunesse et Sport 92 S 379

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

J'autorise / Je n'autorise pas (**rayez la mention inutile**) les Molosses ou une personne accréditée par le club à me photographier et/ou me filmer lors de reportage photo et/ou vidéo et lors de tous les événements qui se tiendront pendant la saison sportive 2021/2022.

J'autorise donc l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications et expositions du club dans le cadre de ses actions de communication, et ce pour une durée indéterminée.

Signature du demandeur ou d'un représentant légal pour les mineurs.

Le : à

Nom, Prénom :

Signature :

LES MOLOSSES

11, rue Lamartine - 92600 Asnières sur Seine
T. 01 47 93 08 91 - contact@molossesfootball.com
SIRET: 42078393800038 - Code: APE 9312Z - Agrément Jeunesse et Sport 92 S 379
www.molossesfootball.com

ADHESION AU CLUB

J'adhère au club des MOLOSSES. Je m'engage donc à payer ma cotisation annuelle correspondant à ma catégorie, et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur qui est consultable sur <http://molossesfootball.com> et que j'accepte sans réserve ainsi que la charte des valeurs.

Je peux demander communication et rectification de toutes les informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 6 janvier 1978.

Je m'engage à ne pas tenir responsable le club des MOLOSSES en cas de blessure ou d'accident, lors d'entraînement que j'effectuerais sans licence, et de me servir de mon assurance personnelle afin de couvrir l'incident.

Je m'engage à payer totalement le montant de la licence. Le club autorise trois (3) versements **maximum** à compter de la date du dépôt du dossier accompagné du 1^{er} paiement représentant 1/3 de la cotisation et d'une reconnaissance de dette fédérale.

AUTORISATION PARENTALE (Uniquement pour les mineurs)

Je soussigné autorise mon enfant

A pratiquer le Flag/Football Américain au sein de l'association « Les Molosses ».

AUTORISATION EN CAS D'ACCIDENT

J'autorise les responsables du club « Les Molosses » à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident pour me faire transporter dans l'établissement hospitalier le plus adapté afin de bénéficier de tous les actes médicaux nécessaires à ma santé (y compris anesthésies, interventions chirurgicales, examens complémentaire).

Personnes à contacter en cas d'urgence : **facultatif pour les majeurs**

Personne 1 : Conjoint/Parents/autre : Tél :

Personne 2 : Conjoint/Parents/autre : Tél :

LES MOLOSSES

BULLETIN D'ADHESION**SAISON 2022/ 2023****Partie exclusivement réservée au club**Présent bulletin adhésion ☐ Demande FFFA signée ☐ Spormut signé ☐Certificat médical ☐ Photo ☐ Pièce identité ☐ Reconnaisance dette ☐Catégorie Chèque de caution €Réf. casque Réf. Epaulière Remis le Rendu le **Surclassement :** Certificat médical du médecin du sport ☐Sport pratiqué : Football américain ☐ Flag ☐ Coach ☐ Arbitre ☐Dirigeant ☐ Bénévole ☐Prix de la licence : € 1^{er} vers. 2^{ème} vers. 3^{ème} vers.

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél portable : Profession de l'adhérent :

Tél portable parent (obligatoire pour les mineurs) :**Profession des parents pour les mineurs :** Père : Mère :

Date de naissance : Ville de naissance : Age :

Nationalité :

Mail joueur :

Mail parent (obligatoire pour les mineurs) :

Expérience : Foot US ans Flag ans

OBSERVATIONS PARTICULIERES RÉSERVÉES AU CLUB**LES MOLOSSES**

11, rue Lamartine - 92600 Asnières sur Seine

T. 01 47 93 08 91 - contact@molossesfootball.com

SIRET: 42078393800038 - Code: APE 9312Z - Agrément Jeunesse et Sport 92 S 379

www.molossesfootball.com



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2022/2023

PHOTO

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom :

Nom de naissance (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 U6	☐	12,3	Loisir U7	☐	12,4	Loisir Tiny	☐	12,3
Loisir U8	☐	12,3	Loisir U9	☐	12,4	Loisir Minime	☐	12,3
Loisir U10	☐	12,3	Compétition U9	☐	12,4	Compétition Minime	☐	17,3
Compétition U10	☐	22,3	Loisir U11	☐	12,4	Minime surclassé Junior	☐	17,3
Loisir U12	☐	12,3	Compétition U11	☐	12,4	Loisir Junior	☐	17,3
Compétition U12	☐	22,3	Loisir U13	☐	12,4	Compétition Junior	☐	17,3
Loisir U14	☐	12,3	Compétition U13	☐	12,4	Junior surclassé en Senior	☐	29,7
Compétition U14	☐	22,3	Loisir U15	☐	12,4	Loisir senior	☐	17,3
U14 surclassé U17	☐	56,2	Compétition U15	☐	12,4	Compétition senior	☐	29,7
Loisir U17	☐	12,3	Loisir U17	☐	12,4	Entraîneur	☐	18,6
Compétition U17	☐	56,2	Compétition U17	☐	25	Dirigeant	☐	18,6
U17 surclassé U20	☐	56,2	U17 surclassé Senior	☐	25	Juge	☐	28,6
Loisir U20	☐	31,2	Loisir Senior	☐	12,4	Bénévole	☐	5,1
Compétition U20	☐	56,2	Compétition Senior	☐	25			
U20 surclassé Senior	☐	62,5	Entraîneur	☐	18,6			
Loisir Senior	☐	31,2	Dirigeant	☐	18,6			
Compétition Senior	☐	62,5	Arbitre	☐	28,6			
Issu d'un championnat majeur	☐	382,5	Bénévole	☐	5,1			
Entraîneur	☐	18,6						
Dirigeant	☐	18,6						
Arbitre	☐	28,6						
Bénévole	☐	5,1						
Total FA :		€	Total Flag :		€			
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'avoir 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 l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur, 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 supérieur de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

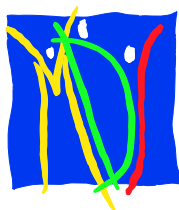
Signature et cachet du médecin :

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 ☐



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 :

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^{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 :

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 ☐	A 2 ☐	A 3 ☐	A 4 ☐	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 ☐	B 2 ☐	B 3 ☐	B 4 ☐	
Formule C :	C 1 ☐	C 2 ☐	C 3 ☐	C 4 ☐	
Formule D :	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐	
Formule E :	E 1 ☐	E 2 ☐	E 3 ☐	E 4 ☐	
☐ 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"



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)	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.fffa.org - viesportive@fffa.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



Charte des valeurs

Les Molosses d'Asnières sur Seine

Les valeurs que nous défendons sur et en dehors du terrain

L'esprit d'équipe

Sans avoir la nécessité de devenir tous amis, c'est ce qui nous fait fonctionner en tant qu'équipe.

Le courage

C'est faire ce qui est juste sans jamais baisser les bras.

La sincérité

C'est s'exprimer sans déguiser sa pensée.

Le respect

C'est la considération que l'on doit porter à ses coéquipiers, ses entraîneurs, ses adversaires et aux officiels de matchs.

La politesse

C'est le respect d'autrui. Elle commence par le salut de ses coéquipiers et de ses entraîneurs.

L'honneur

Être fidèle à son engagement, c'est venir aux entraînements, participer aux matchs et prévenir en cas d'absence.

La modestie

C'est parler de soi-même sans orgueil.

Le contrôle de soi

C'est savoir se taire quand monte la colère.

En étant licencié du club des Molosses d'Asnières sur Seine, je m'engage à respecter ces valeurs, sur et en dehors du terrain.