



# TREGOR BADMINTON 2025/2026

Lannion – Tréguier – Louannec – Cavan

[www.tregor-badminton.fr](http://www.tregor-badminton.fr)

✉ : [contact@tregor-badminton.fr](mailto:contact@tregor-badminton.fr)



Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : ☐ H ☐ F Mail [du joueur seulement] : .....

Date de naissance : ..... Téléphone [du joueur seulement] : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

L'année précédente : ☐ Inscrit à Tregor-badminton ☐ Inscrit dans un autre club de bad ☐ Pas de licence ☐ Autre

## Responsable légal :

Nom : ..... Prénom : .....

Mail : ..... Téléphone : .....

Profession : ..... Entreprise : .....

Je suis intéressé pour mettre en relation le joueur pour du covoiturage : ☐ OUI ☐ NON

## SECTION CLUB PRINCIPAL (un seul choix possible)

☐ CAVAN

☐ LANNION

☐ LOUANNEC

☐ TREGUIER

## COTISATION

### Un seul choix possible de tarif initial :

☐ Tarif «2 entraînements» : 165€ ☐ Tarif « 1 entraînement » : 145€ ☐ Minibad (né en 2018-2019) : 125€

☐ Réduction si arrivée tardive dans la saison (à partir du 1<sup>er</sup> Mars) : -30€

☐ Réduction participation cagnotte Décathlon ([renseignement sur le site du club](#)) : -5€

### Une seule réduction supplémentaire possible dépendant la situation :

☐ Pas de réduction supplémentaire

☐ Réduction famille nombreuse : - 10€ (A partir de 3 personnes dans le club résidant à la même adresse.)

☐ Réduction « Non-encadré » : - 40€ (Accès uniquement aux créneaux «Non-encadré» du planning. Pas de compétition.)

## REGLEMENT [possibilité de cocher plusieurs cases]

☐ Pass'Sport → Indiquer le code & le montant : ..... & ..... €

☐ Chèques/bons CAF : ..... €

☐ Chèque à l'ordre de « Trégor Badminton » [bien indiquer le nom de l'adhérent au dos] : ..... €

☐ Espèces d'un montant de : ..... €

☐ Virement bancaire [bien indiquer le nom de l'adhérent] : ..... € (IBAN : FR76 1558 9228 2602 7268 0074 038 / BIC : CMBRFR2BXXX)

☐ Autre (précisez) : ..... d'un montant de ..... €

☐ Je souhaite une facture. (Envoi pouvant prendre jusqu'à 2 mois, surtout en début de saison, à la date de réception de ce document)

☐ Je reconnais avoir lu et accepté le règlement intérieur disponible sur [www.tregor-badminton.fr](http://www.tregor-badminton.fr)

Lu et approuvé le : ..... Signature :

L'adhésion comprend (hors licence «Famille» et «Non-encadré» : cf. conditions spécifiques) :

- la licence fédérale et l'assurance permettant de participer aux compétitions officielles,
- l'accès à tous les créneaux horaires et aux entraînements encadrés,
- le financement de 5 TDJ, de l'encadrement et le prêt de matériel

L'adhésion ne sera effective qu'à la remise du dossier complet (disponible sur le site web du club) :

- le formulaire d'inscription TREGOR BADMINTON 2025/2026 (ce document),
- la demande de licence 2025/2026 de la FFBad spécifique pour les jeunes nés après 2007,
- l'attestation du questionnaire de santé des mineurs ou le certificat médical FFBad
- le règlement de la cotisation.

# DEMANDE DE LICENCE 2025/2026

# POUR LES MINEURS 1

Remplissez en lettres capitales et signez en 2 exemplaires ce formulaire. Conservez un exemplaire et remettez le second à votre président(e) de club.

☐ RENOUELEMENT DE LICENCE N° (8 chiffres) ..... ☐ NOUVELLE LICENCE ☐

☐ CLUB .....

☐ LIGUE ..... ☐ DÉPT .....

☐ NOM ..... ☐ NOM DE NAISSANCE .....

☐ PRÉNOM ..... ☐ SEXE : FÉM. ☐ MASC. ☐ ☐ NATIONALITÉ : .....

☐ NÉ(E) LE ..... ☐ À (ville, département et pays) .....

☐ ADRESSE .....

☐ CODE POSTAL ..... ☐ VILLE ..... ☐ PAYS .....

☐ TÉL. FIXE : + 33 (0) ..... ☐ TÉL. MOBILE : + 33 (0) .....

☐ E-MAIL .....

☐ JE SUIS EN SITUATION DE HANDICAP ► Rdv sur votre espace joueur sur [myffbad.fr](http://myffbad.fr) pour compléter les informations relatives à votre type de handicap afin de vous proposer la pratique la plus adaptée.

☐ J'accepte que la Fédération et ses organes déconcentrés utilisent mes coordonnées afin de m'envoyer des informations liées à mon adhésion et au fonctionnement de la Fédération.

☐ J'accepte que la Fédération et ses organes déconcentrés utilisent mes coordonnées à des fins de communication concernant le badminton français, international et les événements de la Fédération.

☐ J'accepte que la Fédération transmette mes coordonnées à ses partenaires afin notamment de recevoir des offres privilégiées et sélectionnées par la Fédération.

☐ Je ne souhaite pas que l'on puisse accéder à ma fiche résultat personnelle, j'ai conscience que ma participation à au moins une compétition officielle me fera apparaître dans les résultats de compétition et dans le classement de la Fédération conformément au règlement général des compétitions.

Protection des données à caractère personnel : les données font l'objet d'un traitement effectué par la FFBaD pour son propre compte et le compte de ses organes déconcentrés et des clubs affiliés. Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Française de Badminton, en sa qualité de responsable de traitement, pour la gestion des licences, l'utilisation et la diffusion d'images ou de sons vous concernant, ainsi que pour l'envoi d'informations postales ou digitales. La base légale de ce traitement est l'exercice d'une mission d'intérêt public et votre consentement. Ces données seront conservées 50 ans après la fin de validité de votre licence. Votre adresse postale, mail et numéro de téléphone seront supprimés de manière sécurisée à partir de 3 ans après la fin de cette validité. Pendant toute la durée de conservation des données personnelles, et à partir de ce jour, la FFBaD met en place tous les moyens aptes à assurer leur confidentialité, leur exactitude, et leur sécurité, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés et non habilités. L'accès aux données à caractère personnel est strictement limité aux collaborateurs de la Fédération et à ses prestataires, aux collaborateurs des ligues, des comités, et des clubs affiliés, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Vos données sont hébergées sur des serveurs localisés en France. Conformément à la loi 78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au RGPD (Règlement général sur la protection des données), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant, les faire rectifier ou demander leur effacement sous certaines conditions. Vous pouvez également obtenir la limitation du traitement de ces données ou vous opposer à ce traitement pour un motif légitime en contactant la Fédération au 01 49 45 07 07 ou par mail : [cnil@ffbad.org](mailto:cnil@ffbad.org). Si après nous avoir contactés, vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse [www.cnil.fr/plaintes](http://www.cnil.fr/plaintes).

**PRIMO LICENCIÉ  
OU  
RENOUELEMENT DE LICENCE**

► [REPLIR LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ](#) ►

Téléchargez **ICI** le questionnaire de santé et l'attestation.

**Rappel : si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé, vous devez obligatoirement fournir un certificat médical datant de moins de 6 mois.**

Téléchargez **ICI** le formulaire recommandé pour le certificat médical.

**ASSURANCE :**

Je soussigné(e), atteste avoir été informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir reçu, pris connaissance et compris les modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFBaD ci-annexée, et la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel facultatives proposées avec ma licence. Le prix de l'option de base incluse dans ma licence est de 0,32€ TTC. Je peux ne pas y adhérer et le signifier par écrit auprès de mon club à l'aide du formulaire de refus mis à ma disposition (procédure obligatoire). La souscription d'une option complémentaire A ou B se fait à l'aide du bulletin d'adhésion individuelle téléchargeable depuis le site internet de la FFBaD - [www.ffbad.org/pratiquer-se-licencier-assurance](http://www.ffbad.org/pratiquer-se-licencier-assurance)

**Signature du licencié ou de son représentant légal**

Faire précéder la signature de la mention : "lu, compris et accepté"

**HONORABILITÉ :**

Je soussigné(e), atteste avoir été informé(e) de la mise en place d'un contrôle d'honorabilité pour toute personne exerçant ou souhaitant exercer une fonction d'éducateur sportif, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives, ou d'officiel technique au sens des articles L. 212-9 du code du sport. A ce titre, je consentirai à la transmission des éléments constitutifs de mon identité par la Fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité selon les articles D.131-2 et D.131-2-1 du code du sport soit effectué.

**CONTRÔLE ANTIDOPAGE :**

Considérant le Code du sport - Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage,

– Article L232-10-3 : « Il est interdit à toute personne de s'opposer par quelque moyen que ce soit aux mesures de contrôle prévues par le présent titre. »

– Article L232-12 : « Les opérations de contrôle sont diligentées par le directeur du département des contrôles de l'Agence française de lutte contre le dopage. Les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 ayant la qualité de médecin peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques destinés à mettre en évidence l'utilisation de procédés prohibés ou à déceler la présence dans l'organisme de substances interdites. Les personnes agréées par l'agence et assermentées peuvent également procéder à ces prélèvements biologiques. Seules les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 et qui y sont autorisées par le code de la santé publique peuvent procéder à des prélèvements sanguins. »

**LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS MINEURS SONT TENUS DE REMPLIR L'AUTORISATION D'INTERVENTION CI-DESSOUS :**

JE SOUSSIGNÉ(E) : M. ☐ , MME ☐ ,

☐ NOM ..... ☐ E-MAIL ..... ☐ TÉL ..... ☐ AGISSANT EN QUALITÉ DE :

☐ PÈRE, ☐ MÈRE, ☐ TUTEUR, ☐ TUTRICE,

autorise pour mon fils (ma fille, mon pupille, ma pupille) le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant.

☐ NOM DE L'ENFANT ..... ☐ PRÉNOM ..... ☐ LE ..... / ..... / .....

☐ SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

**DROIT A L'IMAGE :**

Dans le cadre de l'exécution de la présente prise de licence et pour la promotion de la FFBaD et du badminton, le signataire reconnaît que la FFBaD, ses organes déconcentrés et ses clubs peuvent procéder à des captations d'images et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du badminton, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient, à titre gratuit, et ce, pendant la durée de validité de sa licence, et pour le monde entier.

# NIVEAU DE GARANTIES DE L'ASSURANCE GENERALI

2

Résumé des contrats GENERALI n° AN987 507 et EUROP Assistance n° 58.223.892

## VOUS ÊTES LICENCIÉ(E) À LA FFBaD, VOTRE LICENCE COMPREND :

**1/ une garantie Responsabilité Civile obligatoire :** Incluse dans la licence, elle vous assure pendant la pratique de votre activité sportive FFBaD contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Tous les détails sur le site internet de la FFBaD.

## 2/ une garantie Accident Corporel non obligatoire :

**La FFBaD attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.**

Dans ce cadre, la FFBaD propose à ses licenciés trois formules d'assurance :

- Une garantie « Accident Corporel de base » incluse dans la licence ;
- Deux options complémentaires A et B permettant d'augmenter les montants garantis par la garantie de base.

Le détail de ces garanties vous est présenté ci-dessous et dans les notices d'information GENERALI référencées « Assurance FFBaD » en libre consultation sur le site internet de la FFBaD.

### Garantie Accident Corporel de base (0,32 € TTC)

| NATURE DE LA GARANTIE ACCIDENT                                                                                                                                    | MONTANTS GARANTIS                                                                                                                    |                                         |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                   | LICENCIÉS                                                                                                                            | DIRIGEANTS                              | ATHLÈTES DE HAUT NIVEAU                                                     |
| Décès                                                                                                                                                             | 10.000 €                                                                                                                             | 20.000 €                                | 40.000 €                                                                    |
| Déficit Fonctionnel Permanent                                                                                                                                     | 30.000 € / pers.<br>x taux d'invalidité                                                                                              | 40.000 € / pers.<br>x taux d'invalidité | 80.000 € / pers.<br>x taux d'invalidité                                     |
| Indemnité Journalière en cas d'arrêt de travail                                                                                                                   | néant                                                                                                                                | néant                                   | Maximum 60 €<br>par jour pendant<br>365 jours au plus,<br>franchise 7 jours |
| Frais de traitement (1)                                                                                                                                           | 1.500 € par sinistre                                                                                                                 |                                         |                                                                             |
| Premier appareillage non pris en charge par la Sécurité Sociale                                                                                                   | 100 € par victime et par accident                                                                                                    |                                         |                                                                             |
| Dépassements d'honoraires (1)                                                                                                                                     | Maximum 250 € par sinistre                                                                                                           |                                         |                                                                             |
| Hospitalisation                                                                                                                                                   | 100% du forfait hospitalier                                                                                                          |                                         |                                                                             |
| Optique (1)                                                                                                                                                       | 350 € par bris                                                                                                                       |                                         |                                                                             |
| Soins dentaires et prothèses (1)                                                                                                                                  | 1.000 € par sinistre                                                                                                                 |                                         |                                                                             |
| Frais de remise à niveau scolaire                                                                                                                                 | 50 € par jour, maximum 60 jours<br>après application d'une franchise de 10 jours                                                     |                                         |                                                                             |
| Centre de traumatologie sportive (1)                                                                                                                              | Maximum 4.500 €                                                                                                                      |                                         |                                                                             |
| Remboursement cotisation club et licence suite à accident corporel couvert par le contrat et entraînant un arrêt total d'activité sportive médicalement justifié. | Sur justificatifs: max 250 € par sinistre.<br>Remboursement au prorata de la période de non activité<br>franchise relative de 3 mois |                                         |                                                                             |

(1) Sous déduction des prestations servies par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires, dans la limite des frais réels.

|                                                                                                                                                               |                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assistance rapatriement</b><br><b>Prestations délivrées par EUROP Assistance</b><br><b>contrat n° 58.223.892</b><br><b>appelez le +33.(0)1.41.85.81.02</b> | Rapatriement : frais réels<br>Frais médicaux à l'étranger (1) :<br>152.500 € |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|

### OPTIONS A et B COMPLÉMENTAIRES à la garantie de base :

Les options vous permettent d'améliorer votre couverture d'assurance et ainsi d'être encore mieux protégé lors de la pratique de votre sport. Les montants indiqués dans le tableau se substituent aux montants de la garantie de base.

| NATURE DES DOMMAGES                                                       | OPTION A<br>10,12 € TTC            | OPTION B<br>19,62 € TTC            |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Décès                                                                     | 20.000 €                           | 40.000 €                           |
| Déficit Fonctionnel Permanent                                             | 40.000 €                           | 80.000 €                           |
| Indemnités journalières<br>(après application d'une franchise de 7 jours) | 30 € par jour pendant<br>365 jours | 60 € par jour pendant<br>365 jours |

**Attention : Si les options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.**

### MODALITÉS D'ADHESION AU CONTRAT :

Le licencié ayant postulé à la licence FFBaD est couvert automatiquement au titre des garanties de base du contrat qui lui sont applicables. Il peut refuser d'adhérer à la garantie de base « accident corporel » par écrit (procédure obligatoire), directement auprès de son club et à l'aide du document « refus des garanties accident corporel » en ligne sur le site internet de la FFBaD. S'il désire bénéficier d'une garantie plus étendue au travers des options complémentaires A ou B, le licencié devra utiliser le bulletin d'adhésion dédié et en ligne sur le site internet de la FFBaD. Le complément de prime dû à l'augmentation des garanties sera réglé directement auprès d'AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09.

### VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et des notices d'information référencées « Assurance FFBaD » dont le licencié reconnaît avoir reçu un exemplaire.

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES/DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFBaD et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où la licence FFBaD pour la saison en cours n'est plus valide.

**ASSUREUR :** GENERALI IARD, SA au capital de 59.493.775 €, Entreprise régie par le code des assurances – 7 Bd Haussmann 75456 PARIS Cedex 09 – RCS PARIS 552062663 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Tailbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

La langue des relations précontractuelles et contractuelles est le français.

### MODALITÉS D'EXAMEN DES RECLAMATIONS :

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : GENERALI – SERVICE RECLAMATIONS – 7, Boulevard Haussmann – 75456- PARIS Cedex 09

### INFORMATION RELATIVE A LA VENTE A DISTANCE :

Si vous avez adhéré au présent contrat en utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance et à des fins n'entrant pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat (réputé être la date d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion) pour y renoncer sans justifier de motifs ni supporter de pénalités. Ce droit ne s'applique pas si vous avez déclaré un sinistre mettant en jeu les garanties.

Dans ce cas, pour renoncer au contrat, adressez une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée suivant le modèle ci-dessous à l'adresse :

AIAC – 14 rue de Clichy – 75311 Paris Cedex 9

« Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, renonce par la présente à l'adhésion au contrat d'assurance Individuelle Accident n° AN987.507 que j'avais souscrit à distance le \_\_\_\_\_.

Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature du licencié »

### INFORMATION SUR LE CONTRAT :

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez :

**AIAC courtage, 14 rue de Clichy, 75009 Paris**

**N° VERT : 0 800 886 486**

**Assurance-ffbad@aiac.fr**

Les résumés des contrats sont téléchargeables depuis le site internet de la FFBaD – [www.ffbad.org](http://www.ffbad.org) – rubrique assurance. Les contrats sont consultables à la Fédération, 9-11 avenue Michelet, 93583 Saint-Ouen Cedex.

### QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident en ligne que vous trouverez sur le site internet de la FFBaD (rubrique assurance). Un accusé réception comprenant un numéro de dossier et la procédure à suivre pour le meilleur traitement de votre dossier vous seront immédiatement communiqués par Email.

Pour faire appel à EUROP ASSISTANCE :

**appelez le +33.(0)1.41.85.81.02.**

**Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.**



## QUESTIONNAIRE DE SANTE « SPORTIF MINEUR » PRÉALABLE À L'OBTENTION OU AU RENOUELEMENT DE LA LICENCE D'UN MINEUR AUPRÈS DE LA FFBaD

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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>                              | Ton âge                  | ans                      |
| <b>Depuis l'année dernière</b>                                                                           | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| 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"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>                                                                                                                                                                     |                          |                          |
| 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 toi ou tes parents avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Vous devez 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.

**Dans ce cas un certificat médical est nécessaire pour que tu puisses pratiquer le badminton.**

**Si toi ou tes parents avez répondu Non à toutes les questions :**

**Pas de certificat médical à fournir.**

Attestez simplement, à l'aide de l'attestation ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions.



# ATTESTATION

---

Je soussigné(e),

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

en ma qualité de représentant légal de :

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé « Sportif mineur » et a répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date :

Signature du représentant légal :