

# NARBO NORDIK CLUB

21 Rue Paul Philoctete  
11100 NARBONNE



## Documents nécessaires pour l'adhésion à la saison 2023/2024

- ✓ **La fiche d'inscription (en annexe)**
- ✓ **Le certificat médical** (ou questionnaire santé FFA pour les licenciés 2022/2023) en utilisant le modèle joint en annexe.  
  
Attention la mention « **Athlétisme en compétition** » est obligatoire !
- ✓ **La cotisation (par chèque de préférence, à l'ordre de NARBO NORDIK CLUB)**
- ✓ **Le règlement intérieur signé**

### **Prix de la licence (assurance comprise):**

#### **FFA Compétition : 150 €**

Entraînements, compétitions et championnats (départementaux, régionaux, France)

#### **FFA Santé : 120 €**

Entraînements et compétitions hors championnats

### ***Entraînement Marche Nordique section «Sportifs»:***

- Mardi 18h30 à 20h, lieux : sites naturels autour de Narbonne

### ***Entraînements Marche Nordique section « Performance »:***

3 entraînements par semaine :

- Mardi 18h30 à 20h, lieux : sites naturels autour de Narbonne

- Jeudi 18h30 à 20h, lieux : sites naturels autour de Narbonne

A partir du passage à l'heure d'hiver, les entraînements se dérouleront au Parc des Sports Égassieral essentiellement.

- Samedi 9h00-12h00 : Entraînement (entre 12 et 20 km) en nature (pas d'entraînements le samedi si compétition le dimanche)

Les points de départ seront précisé par l'entraîneur via le site internet du club ou par groupe Whatsapp.

## **Entraînements Section Trail (à partir de 16 ans) :**

2 entraînements par semaine :

- Mercredi 18h30 - 20h00 :
- Vendredi 18h30 - 20h00

**Lieux :** Sites naturels et Stade Parc des Sports Égassieral pour entraînements spécifiques.

## **FICHE D'INSCRIPTION**

NOM de Naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

Né(e) le :        /        /        à

Sexe :    Masculin    Féminin

Adresse complète :

Adresse mail :

Numéro de téléphone :

Licence choisie :     Compétition                       Santé

Activité choisie :

Marche nordique                       Trail                       Marche nordique et Trail

Signature :



## ANNEXE 4 – MODELES D'EXAMENS ET DE CERTIFICATS MEDICAUX

### ATHLETE DE PLUS DE 15 ANS : EXAMEN MEDICAL PREALABLE A LA PRISE D'UNE LICENCE COMPETITION OU RUNNING DE LA FEDERATION FRANÇAISE

NOM : Prénom : Sexe : F M Né(e) le :  
Nombre d'heures de pratique sportive par semaine (y compris scolaires ou universitaires) :  
Spécialités athlétiques pratiquées :  
Niveau de performance : départemental régional interrégional national

**Questionnaire confidentiel à remplir par le sportif (ou ses parents si l'athlète est mineur) AVANT la consultation et à conserver par le MEDECIN pour dossier patient** (Entourer la bonne réponse)

Avez-vous été blessé avec arrêt de l'activité sportive l'an dernier ? oui non  
Si oui, précisez :  
Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non  
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :  
Avez-vous été hospitalisé dans les 5 années précédentes ? oui non  
Précisions (année et motif d'hospitalisation) :  
Avez-vous déjà été opéré ? oui non  
Précisions (année et type d'opération)  
Êtes-vous soigné pour :  
le cœur ? oui non  
la tension artérielle ? oui non  
le diabète ? oui non  
le cholestérol ? oui non  
Prenez-vous actuellement des médicaments ? oui non  
Si oui lesquels ?  
À l'effort ou juste après l'effort, avez-vous déjà ressenti  
une douleur dans la poitrine ou un essoufflement anormal ? oui non  
des palpitations (sensation de battements anormaux) ? oui non  
un malaise ? oui non  
Avez-vous déjà consulté un cardiologue ? oui non  
Date du dernier Électrocardiogramme : Résultat ?  
Date de la dernière prise de sang : Résultat ?  
Nombre de cigarettes par jour :  
Nombre de verres de bières, vin ou autre alcool par semaine :  
Prenez-vous des vitamines ou des compléments alimentaires ? oui non  
Si oui lesquels ?  
Avez-vous des allergies ? oui non  
Si oui, lesquelles ?  
Date de la dernière vaccination contre le tétanos :  
Habituellement vous consultez votre médecin pour quels problèmes ?  
Dans votre famille, y-a-t-il eu des accidents cardiaques ou  
des morts subites (même de nourrisson) avant 50 ans ? oui non  
Si oui précisez :

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements notés ci-dessus. Date : Signature :

**Découper et donner uniquement le certificat médical au Club : -----**

#### **CERTIFICAT MEDICAL**

(Examens cardio-vasculaires à réaliser suivant les recommandations)

Je soussigné (e) Docteur certifie que l'examen clinique ce jour de confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'Athlétisme EN COMPÉTITION.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Date : Signature et Cachet :