



GdB

### Certificat médical de non contre-indication

Formulaire 1 adoption : entrée en vigueur : 01/09/2020 validité : permanente secteur : ADM remplace : Chapitre 02.01.F1-20189

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

#### ENGAGEMENT DU JOUEUR POUR LE CERTIFICAT MEDICAL

Le badminton est un sport qui peut solliciter intensément les systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la prudence pour la délivrance de ce certificat. Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe chez les séniors et aussi chez les plus jeunes.

Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

La commission médicale de la FFBaD rappelle l'utilité :

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents personnels et familiaux, à la recherche de facteurs de risques : Symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort, anomalies du bilan lipidique, hypertension artérielle, diabète, obésité, atteinte de la fonction rénale, élévation de la CRP. et antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire.
- d'un examen clinique attentif.
- d'un électrocardiogramme de repos de dépistage à partir de l'âge de 12 ans.

Seul le Médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique, etc. en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque après en avoir apprécié l'importance.

Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence pour la pratique du badminton, y compris en compétition.

Fait le ..... à ..... (Signature du joueur ou de son représentant légal, précédée de la mention « lu et approuvé »)

**Certificat médical**

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour  
 Nom ..... Prénom .....  
 né(e) le : / /  
 et, après avoir pratiqué les examens recommandés par le consensus médical, je certifie que son état ne présente pas de contre indication à la pratique du sport ou du badminton, y compris en compétition.

Fait le ..... à ..... Signature et cachet du médecin examinateur

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux.

L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être remis avec la demande de licence au club qui le conservera



B.C.H.T. 33 Allée des Simes 07300 TOURNON www.bcht.fr contact@bcht.fr Tel : 06 68 42 60 54

Reçu le		Cotisation	
PAR		Montant chèque/esp/vir	
CM		Chèques vacances	
QS		N° pass'régi	
Demande licence le		N° top départ	

## FICHE JEUNE

NOM: ..... Prénom: .....

- Je joins à mon dossier : la demande de licence, le montant total de la cotisation et le questionnaire de santé ou le certificat médical ci-joint de non contre indication à la pratique de badminton en compétition si vous répondez OUI à une question du questionnaire de santé.
- Je certifie avoir été informé qu'aucun dossier incomplet ou mal renseigné ne sera accepté.
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club (disponible lors de l'inscription et sur le site du club) et l'accepter dans son intégralité.
- J'autorise l'utilisation des photos ou des images filmées de moi pour des opérations de communication avec les partenaires, les médias et le grand public, dans le cadre de productions pédagogiques, sur le site web et sur le facebook du club. Lesdites images ne pourront pas être utilisées en dehors de ce cadre.
- J'autorise l'utilisation de mon nom et de mes informations fédérales relatives aux compétitions dans les publications et les lieux liés aux opérations de communications internes ou externes (les partenaires ou les médias).
- J'autorise le B.C.H.T. à conserver mes données personnelles électroniques conformément au RGPD.

Date: ...../...../..... Signature du responsable légal du mineur:

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom	Prénom	Téléphone	Portable

Souhaitez vous le tee shirt Orange du club offert:  OUI  NON

Si oui, précisez votre taille:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	6	8	10	12	14	S	M	L	XL	Autres	
ans	ans	ans	ans	ans	ans					Précisez : .....	

En tant que parent, peut-on vous solliciter ponctuellement pour aider aux manifestations organisées par le club ?  OUI  NON

Dans le cadre de ses activités, le club a parfois besoin de vos compétences. Si vous souhaitez en faire profiter le club, quelles sont-elles? (profession, formation, hobbies etc...)