



BASEBALL CLUB D'HONFLEUR
SAISON 2025/2026
FICHE D'INSCRIPTION

NOM : _____
PRENOM : _____
DATE ET LIEU DE NAISSANCE : _____
ADRESSE : _____
N° DE TELEPHONE : _____
N° DE PORTABLE DES PARENTS : _____
N° DE PORTABLE DE L'ENFANT : _____
EMAIL : _____

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e), Mr / Mme _____

Autorise mon fils / ma fille

- ☐ **A pratiquer le baseball pour la saison 2025-2026
au BASEBALL CLUB D'HONFLEUR**
- ☐ **Le club à utiliser des photos de mon enfant sur ses différents supports de
communication**

Fait à Le _____

SIGNATURE

Pièces à remettre au Club :

- ☐ **Cette fiche complétée et signée**
- ☐ **La cotisation (95€ pour 12U et 15U / 120€ pour les seniors)
à l'ordre du Baseball Club d'Honfleur**
- ☐ **Une photo d'identité numérique à envoyer à cette adresse :
honfleurcomets@gmail.com**

Ces pièces sont obligatoires. Aucune demande de licence ne sera validée en leur absence

 FFBS <small>FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL</small> Tél : 01 44 68 89 30 medical@ffbs.fr www.ffbs.fr	Formulaire médical 2025/6	<u>Adoption :</u> CD 19 juillet 2024
	<u>QUESTIONNAIRE</u> <u>RELATIF A L'ETAT DE SANTE</u> <u>DU SPORTIF MAJEUR</u>	<u>Entrée en vigueur :</u> 1 ^{er} novembre 2024
	SAISON 2025	1 page

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, 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.