



**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**

 <b>FFBS</b> FÉDÉRATION FRANÇAISE BASEBALL & SOFTBALL Tél : 01 44 68 89 30 <a href="mailto:medical@ffbs.fr">medical@ffbs.fr</a> <a href="http://www.ffbs.fr">www.ffbs.fr</a>	<i>Formulaire médical 2025/6</i> <b>QUESTIONNAIRE</b> <b>RELATIF A L'ETAT DE SANTE</b> <b>DU SPORTIF MAJEUR</b> <b>SAISON 2025</b>	<i>Adoption :</i> CD 19 juillet 2024  <i>Entrée en vigueur :</i> 1 <sup>er</sup> novembre 2024  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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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.

<b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b> Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b> Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.