

AUTORISATIONS, ATTESTATIONS ET CHARTE

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

Je soussigné :

Responsable légale de l'adhérent

Autorise :

- Les responsables du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ainsi que de faire transporter l'adhérent nommé ci-dessus dans l'établissement le plus proche et l'en faire sortir si nécessaire.
- L'adhérent nommé ci-dessus à monter dans le véhicule (assuré pour le transport des personnes) du club, d'un employé ou bénévole du club ou de tout autre transporteur privé, en vue de se rendre sur des manifestations liées aux Centurions.
- Le club des Centurions à utiliser des photographies et des vidéos de l'adhérent nommé ci-dessus pour nos propres documents de communication ainsi que des parutions presse écrites et télévisuelle

Atteste :

- Être informé de la procédure à suivre en cas d'accident survenu lors d'un événement du club (fiche de déclaration d'accident à remplir par l'adhérent)
- Être informé des contraintes médicales (produits et méthodes interdites) liée à la pratique compétitive du football américain et/ou Flag.
- Être informé que tout matériel mis à disposition par le club devra être restitué avant le 30 Juin. Dans le cas contraire le club encaissera la Caution.
- Être informé des risques inhérents à la pratique du Football américain et/ou Flag

Fait à :

SIGNATURE RESPONSABLE

Date :

CHARTRE LICENCIE

Article 1 : Toute violation du présent règlement peut entraîner l'exclusion du joueur concerné, en cas de récidive l'exclusion peut être définitive.

Article 2 : L'usage de tous produits faisant partie de la liste ministérielle des produits dopants est strictement INTERDIT

Article 3 : Tout retard ou absence à un entraînement ou/et match doit être signalé à l'entraîneur par SMS et par le responsable légal. Les entraînements sont obligatoires.

Article 4 : Tous les documents (cahiers de jeux, plan d'installations, plannings, etc...) remis aux joueurs sont personnels et confidentiels et doivent être respectés.

Article 5 : Tous les membres du staff incluant les kinés, médecins, responsable vidéo, manager d'équipements et les dirigeants bénévoles doivent être traités avec respect et considérations.

Article 6 : En tant que membre de l'équipe de football américain « Les Centurions » et représentant votre sport, vous devez adapter un comportement exemplaire vis-à-vis des personnes de l'extérieur, notamment de respecter ceux qui travaillent sur les sites d'entraînements, de match et en déplacements. Tout écart de conduite ou de langage sera sanctionné.

Article 7 : Il est strictement interdit de divulguer des informations sur le club, émettre des avis déplacés ou négatifs, polémiquer sur les réseaux sociaux, forums et sur internet en général.

Article 8 : Chaque joueur (junior, sénior) s'engage à assurer 2 prestations extra-sportives (chaîne, arbitrage, buvette, etc...) durant la saison.

Article 9 : Si un transport en commun est prévu, il est obligatoire pour tous les joueurs sauf cas exceptionnel.

Fait à :

SIGNATURE RESPONSABLE

Date :



DEMANDE DE LICENCE FFFA

PHOTO

SAISON 2025/2026

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Civilité :

M

F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement

Numéro de licence :

CHOIX DE LA LICENCE

FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING		
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral
U15		24,2	U7		18,6	Tiny		14,5
U15 surclassé U18		60,9	U9		18,6	Minime		19,9
U18		60,9	U11		18,6	Minime surclassé Cadet		19,9
U18 surclassé Senior		67,6	U13		18,6	Cadet		19,9
Loisir Senior		35,1	U13 surclassé U15		18,8	Cadet surclassé Junior		19,9
Compétition Senior		67,6	U15		18,8	Junior		19,9
Issu d'un championnat majeur		407,1	U15 surclassé U18		34,5	Junior surclassé en Senior		33,1
Entraîneur*		20,5	U18		34,5	Loisir senior		19,8
Dirigeant*		20,5	U18 surclassé Senior		34,5	Compétition senior		33,1
Arbitre*		31,1	Senior		34,5	Entraîneur*		20,5
Bénévole*		6,9	Entraîneur*		20,5	Dirigeant*		20,5
			Dirigeant*		20,5	Juge*		31,1
			Arbitre*		31,1	Bénévole*		6,9
			Bénévole*		6,9			
Total FA :	€		Total Flag :	€		Total Cheer :	€	

Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)

En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuelle accident couvrant sa pratique sportive.

Licencié adulte (en cas de renouvellement d'une licence avec un certificat médical de moins de 3 ans toujours valide) :

Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé le QUESTIONNAIRE SANTE SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du demandeur :

Licencié mineur (en cas de première licence ou du renouvellement d'une licence) :

Je soussigné M/Mme _____ en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE.

Date et signature du représentant légal :

Visa du club (date / tampon / signature) :

Le : / /

ION :

*Le/la demandeur.euse d'une licence encadrant « entraîneurs, arbitre/juge, dirigeant, bénévole », est informé.e que la FFFA procédera à un contrôle d'honorabilité dans le cadre de l'article L.212-9 du code du Sport.

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents

contre-indiquant la pratique de : **FOOTBALL AMERICAIN** en tant que : Joueur :

FLAG en tant que : Joueur :

CHEERLEADING en tant que : Joueur :

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifié après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès peut être exercé à l'adresse de la FFFA.

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
OUI NON
OUI NON

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

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

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez 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.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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 :	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
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"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
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"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
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 tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois 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.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



Votre

bulletin de souscription

Garantie individuelle accident
complémentaire



Contrat collectif « Individuelle accident complémentaire » à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

ASSURÉ

Mme M.	
Nom :	Nom de naissance :
Prénoms :	Date de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Nom du club affilié :	

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adaptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou de prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- **un capital Décès**
- **un capital Invalidité** : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- **des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale** :
 - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8^e jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
 - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DÉCÈS	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % invalidité) (*)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	

(*) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

<p>Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances</p> <p>J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances</p> <ul style="list-style-type: none">• Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance Individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant :<ul style="list-style-type: none">- les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ;- leurs modalités d'entrée en vigueur ;- les formalités à accomplir en cas de sinistre. <p>et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances.	<p>Vos données personnelles : SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr</p>
Fait à _____, le _____ / _____ / 20____	Signature du représentant

Contrat assuré par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 301 309 605 141. Sièges sociaux : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9. Géré par **SMACL ASSURANCES SA** - Société anonyme au capital de 138 801 048 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 833 817 224. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.



Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Formulaire de demande

1. Renseignements sur le (la) sportif(ve)

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

Toutes les mentions obligatoires sont identifiées par un astérisque (*).

Nom * :		Prénom * :	
Identité du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :			
Nom * :		Prénom * :	
Sexe * : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance * (jj/mm/aaaa) : ___ / ___ / _____	
Adresse * :			
Code Postal * :		Ville * :	Pays * :
Tél. * :		Courriel :	
Fédération * :		N° Licence :	
Sport * :		Discipline :	
Sportif inscrit sur la liste des SHN :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :			
<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL	<input type="checkbox"/> NATIONAL	<input type="checkbox"/> RÉGIONAL	<input type="checkbox"/> DÉPARTEMENTAL
Vous participez à des compétitions internationales, l'AMA ou votre fédération internationale vous a informé que vous faisiez partie des sportifs soumis à leurs contrôles *			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
Première compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette autorisation *			
Date (jj/mm/aaaa) : ___ / ___ / _____		Compétition :	
Si handicap, précisez lequel * :			

- Votre formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais.
- La demande doit être accompagnée d'un **chèque d'un montant de 30 €** libellé à l'ordre de : « agent comptable de l'AFLD », correspondant à la participation forfaitaire aux frais d'instruction. Le rejet de la demande d'AUT n'ouvre pas droit au remboursement de cette participation.
- Sauf urgence médicale, état pathologique aigu ou circonstances exceptionnelles, le dossier **complet** de la demande doit être déposé **trente jours avant la première compétition** pour laquelle l'autorisation est demandée.

Après avoir complété le formulaire, le (la) sportif(ve), ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'AFLD par **courrier avec accusé de réception** et en conserver la copie.

Le dossier est à envoyer à :

AFLD - Service médical
8 rue Auber, 75009 PARIS
ou par **télécopie** au 01 40 62 76 83 ou email à service.medical@aflD.fr

Pour toute demande d'information contacter le service médical au 01 40 62 72 59

Si le dossier de demande est incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes. Le délai de vingt-et-un jours pour examiner le dossier ne commence qu'à la réception par l'AFLD de l'ensemble des pièces nécessaires.

Des informations sous forme de [FAQ](#) sont consultables sur le site www.aflD.fr dans la rubrique :

[Espace Sportif/ Être sportif responsable / Effectuer une demande d'AUT](#)

2. Demandes antérieures

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

Avez-vous déjà demandé une AUT * ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
À quel organisme * ?	À quelle date ?	
Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s) * ?		
Décision * :	<input type="checkbox"/> Acceptée	<input type="checkbox"/> Refusée

3. Renseignements médicaux

À remplir par le médecin de votre choix

Les preuves médicales justifiant la présente demande doivent être jointes à celle-ci ; elles doivent inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen pertinent, les analyses de laboratoire et d'imagerie. Les copies des rapports originaux ou des courriers doivent être également jointes. L'Agence mondiale antidopage tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT. Il est possible de consulter ces documents, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>).

Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire * :

Lorsqu'une substance autorisée ne peut être adaptée au traitement de la pathologie, fournir un argumentaire clinique justifiant l'utilisation de médicaments contenant une substance interdite * :

4. Médicament(s) concerné(s)

À remplir par le médecin de votre choix

RECHERCHE DE SUBSTANCE INTERDITE DANS UN MÉDICAMENT

En cas de doute sur la présence d'une substance interdite dans un médicament, vous pouvez consulter le moteur de recherche du site internet de l'AFLD en cliquant sur cette adresse : <http://medicaments.aflld.fr/>

Nom du médicament *	Substance active selon la dénomination commune internationale *	Posologie *	Voie d'administration *	Fréquence d'administration *
1				
2				
3				
4				

Précisez la date de début du traitement (jj/mm/aaaa) et sa durée * :

5. Demande à effet rétroactif

À remplir par le médecin de votre choix

S'agit-il d'une demande à effet rétroactif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa) ? ___ / ___ / _____		
Veuillez indiquer la raison de la demande comportant un effet rétroactif :		
<input type="checkbox"/> Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.		
<input type="checkbox"/> En raison d'autres circonstances exceptionnelles, le sportif(ve) n'a pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le contrôle anti-dopage.		
Autre raison :		

6. Déclaration du médecin

À remplir par le médecin de votre choix

Je soussigné(e) *, _____ (Nom et prénom du médecin),	
certifie que le traitement mentionné au 4. est médicalement adapté à l'état clinique du sportif, et que d'autres médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions ne peuvent se substituer au traitement présent.	
Spécialité du médecin * : _____	
Adresse * : _____	
Tél. : _____	Télécopie : _____
Courriel : _____	
Signature du médecin * : _____	Date * : ___ / ___ / _____ (jj/mm/aaaa)
Tampon * : _____	

DURÉE DE VALIDITÉ ET CONDITIONS DE RENOUELEMENT :

1°) L'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques est délivrée pour une durée qui, en principe, ne peut excéder **un an** ([article D.232-77 du code du sport, premier alinéa](#)).

2°) Toutefois, s'il s'agit d'un **état pathologique chronique**, elle peut être accordée pour une durée supérieure sans que celle-ci puisse excéder **quatre ans**. ([art D.232-77, deuxième alinéa](#)).

Dans le cas où l'autorisation est d'une durée inférieure ou égale à un an, tout renouvellement est assujéti à la présentation d'un dossier de nouvelle demande.

Dans le cas de pathologie chronique ouvrant la possibilité d'une durée pouvant aller jusqu'à quatre ans, le titulaire de l'autorisation est tenu de porter à la connaissance de l'AFLD dans les meilleurs délais chaque nouvelle prescription de la substance en cause, et au plus tard à l'échéance de chaque année suivant la délivrance de l'autorisation. A défaut, l'autorisation cessera de produire effet.

L'AFLD se réserve le droit de demander toute pièce justificative qu'elle juge utile à l'examen du dossier.

3°) Le sportif est invité à porter à la connaissance de l'AFLD tout changement portant sur les renseignements fournis au titre du 1. ci-dessus.

7. Information du sportif

Conformément à [l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le sportif auteur de la demande est informé de l'autorisation par le [décret n° 2015-1609 du 7 décembre 2015](#) d'un traitement automatisé des catégories de données ci-après :

- 1) Données relatives à son état civil :
 - a) Nom et prénom ;
 - b) Date de naissance ;
 - c) Sexe ;
- 2) Indication de la discipline sportive pour l'exercice de laquelle l'autorisation est sollicitée ;
- 3) Mention de la pathologie dont le traitement a justifié l'octroi de l'autorisation ;
- 4) Données relatives à la substance autorisée, sa posologie et sa voie d'administration ou la méthode à laquelle elle se rapporte ;
- 5) Date de délivrance de l'autorisation et sa durée de validité ;
- 6) Mention de l'autorité l'ayant délivrée.

(cf. [article R.232-85-4 du code du sport](#))

8. Signature(s) :

À remplir par l'intéressé(e) et son représentant légal

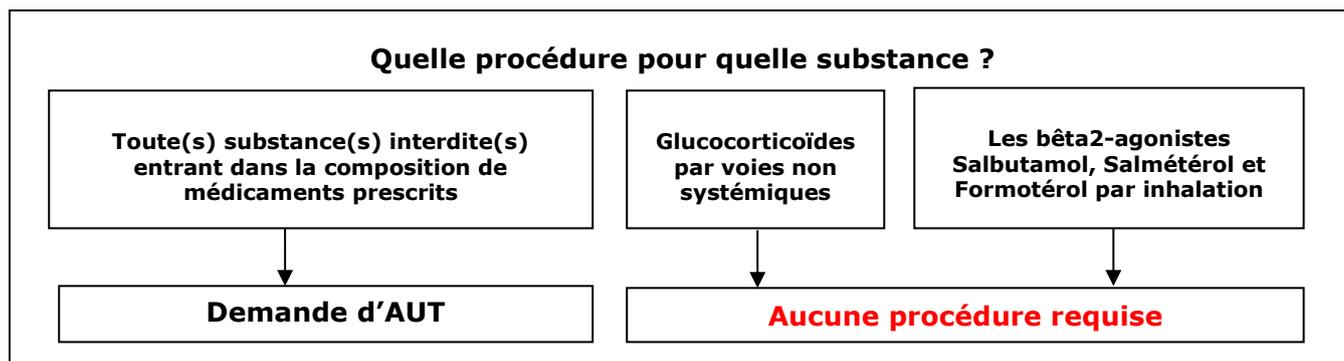
- du (de la) sportif(ve) * :

Date * : __ / __ / ____
(jj/mm/aaaa)

- du représentant légal pour les mineurs
ou majeurs protégés * :

Date * : __ / __ / ____
(jj/mm/aaaa)

CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES



La réponse sera adressée au sportif, ou à son représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés.

Éléments de nature médicale pour tous les dossiers

Traitement	Justificatifs médicaux recommandés
<ul style="list-style-type: none">➤ Nom commercial du médicament➤ Dénomination de la substance interdite➤ Posologie➤ Voie et fréquence d'administration	<ul style="list-style-type: none">➤ Antécédents personnels du patient➤ Histoire de la maladie et présentation clinique➤ Photocopie des examens complémentaires➤ Photocopie des ordonnances

Pièces supplémentaires à fournir dans les hypothèses suivantes :

1. Maladie asthmatique et asthme induit par l'exercice :

- Exploration fonctionnelle respiratoire, incluant les courbes de mesures ;
- Test d'hyperréactivité bronchique, incluant les courbes de mesures ;
- Test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, incluant les courbes de mesures.

2. Diabète :

- Extrait du dossier initial d'hospitalisation ;
- Bilan biologique ;
- Suivi Hb1Ac, bilan urinaire ;
- Bilan d'extension micro vasculaire.

3. Hypertension artérielle (HTA) :

- Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur une durée de vingt-quatre heures ;
- Échographie cardiaque ;
- Résultat d'une épreuve d'effort ;
- Électrocardiogramme (avec 12 dérivations de repos).

4. Retards de croissance ou pubertaires et déficit en hormone de croissance :

- Bilans biologiques avec taux Igf1 ;
- La courbe de croissance, la courbe d'âge et de poids, l'âge osseux ;
- Projet thérapeutique complet et objectif souhaité.

5. Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) :

- Critères cliniques de diagnostic tels que définis dans le DSM-V ;
- Évaluation par questionnaires spécifiques (Echelle de Connors) ou par entretien structurés (SNAP, DISC-IV, K-SADS, ou autre) ;
- Un ou plusieurs des bilans psychologiques réalisés.

NB. Les examens médicaux doivent dater de quatre ans au plus pour les pathologies asthmatiformes et de deux ans au plus dans les autres cas.