

ATTESTATION SUR L'HONNEUR - Mineur

En vue de l'obtention de la licence pour la

SAISON SPORTIVE 2024/2025

La pratique régulière d'une activité physique ou sportive est bénéfique pour la santé. Elle constitue un moyen naturel de prévenir et/ou freiner l'évolution de maladies fréquentes (maladies cardiovasculaires, cancers, anxiété, dépression, diabète...).

Néanmoins, le sport doit être pratiqué dans de bonnes conditions et en toute sécurité. Dans certains cas, un examen médical préalable à la pratique du sport est conseillé.

Chaque athlète fait du sport sous sa propre responsabilité. Il atteste sur l'honneur de l'absence de contre-indication à la pratique du sport conformément à l'article 12 des statuts de la Ligue Belge Francophone d'Athlétisme et à l'article 6.1.7. du Règlement d'Ordre Intérieur de la Ligue Belge Francophone d'Athlétisme. Cette attestation est établie afin de respecter les obligations découlant du décret du 3 avril 2014 relatif à la prévention des risques pour la santé dans le sport et de ses arrêtés d'exécution.

Il reconnaît avoir pris connaissance de l'avis de la commission médicale de la LBFA qui conseille un examen préventif en médecine sportive dans les cas suivants (liste non-exhaustive)

« Cet examen **est fortement conseillé** pour les athlètes :

- Qui débutent leur carrière sportive.
- Qui font de la compétition intensive.
- Qui ont des maladies chroniques telles que le diabète, asthme, des rhumatismes,...
- Qui ont des antécédents familiaux de problèmes cardiaques.
- Qui ont des problèmes de rythmes cardiaques (trop lent, trop rapide).
- Qui ont des douleurs ou des compressions dans la poitrine.
- Qui ont des problèmes de pertes de conscience ou de vertiges.
- Masculins de + de 40 ans.
- Féminines de + de 50 ans.

Cet examen **est également vivement conseillé** aux athlètes qui ont deux facteurs de risques cardio-vasculaire ou plus :

- Tension élevée
- Trop de cholestérol
- Taux de glucose trop élevé
- Fumer

Je soussigné, Mr/Mme : Nom Prénom : certifie que

mon fils/ma fille - Nom : Prénom :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse : N° :

Localité :

Adresse email : Tel. :

déclare avoir lu le texte concernant l'examen préventif de médecine sportive, comprendre et accepter les éventuels risques d'une pratique sportive.

Mon fils/ma fille désire un dossard afin de participer à des compétitions	oui	non
Mon fils/ma fille a l'autorisation de rentrer seul après l'entraînement	oui	non

Dopage

Le(s) représentant(s) légal(aux) d'un sportif mineur accepte(ent) que le mineur soit assisté d'un membre du personnel d'encadrement du cercle lors d'un contrôle antidopage, en leur absence sur les lieux de contrôle.

Fait à le

Signature du représentant légal précédé de la mention «Lu et approuvé» :