

# **BULLETIN D'INSCRIPTION (1)**

Nom .....Prénom .....

Date de Naissance ..... N° de Licence FFA .....

Sexe :        Masculin        Féminin    (rayer la mention inutile)

Nationalité .....Date d'expiration de la carte de séjour .....

*(pour les étrangers hors Union Européenne et hors Association Européenne de Libre Echange (Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse) (voir article 18 des Règlements Généraux) la période de validité de la licence ne peut excéder celle de l'autorisation de séjour en France dont la date d'expiration doit figurer sur la licence créée ou renouvelée)*

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

N° de téléphone ..... E-mail : .....

A ..... le ..... Signature

**En cas de changement d'adresse en cours d'année, veuillez nous en informer le plus rapidement possible.**

Droit à l'image : tout licencié accepte de rétrocéder son image au travers de photos, films ou autres supports de communication.

En cas de refus , cochez la case suivante

.....

## **AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

**Je soussigné(e)** .....

**PERE – MERE – TUTEUR LEGAL** (rayer la mention inutile)

**Autorise mon enfant (2) :**

Nom .....Prénom .....

Date de Naissance ..... N° de Licence FFA .....

**- à être transporté par le responsable dirigeant et / ou entraîneur dans leur véhicule personnel ou de location lors des déplacements, entraînements ou compétitions.**

**- à le faire soigner et à faire pratiquer toutes interventions d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et s'engage à rembourser s'il y a lieu, le montant des frais médicaux engagés.**

**Fait à :** ..... **le :** ..... **Signature**

Faire précéder votre signature de la mention

<< Lu et Approuvé >>.

(1) Aucune inscription ne sera remboursée après création de la licence

## INDICATIONS MEDICALES

Nom, adresse et N° de téléphone du Médecin traitant .....

Code postal ..... Ville .....

N° de S. S. et/ou nom de la Mutuelle de l'athlète : .....

Groupe Sanguin ..... Allergies .....

En cas d'urgence l'athlète doit être transporté à : **Hôpital de Fleyriat** ou **Clinique Convert** ou **Autres**

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

**Père (lieu de travail ou domicile)** .....

N° de téléphone .....

**Mère (lieu de travail ou domicile)** .....

N° de téléphone .....

**Autre personne** ..... N° de téléphone .....

Observations éventuelles

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

demeurant .....

certifie avoir examiné M. .... né (e) le .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

**et n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre-indiquant la pratique de l'athlétisme en compétition.**

A ..... le ..... Signature et cachet du Médecin

## réservé à la gestion du club

reçu le .....

**montant et mode de paiement** espèces ..... chèque (s) .....

coupon-sport ..... bons loisirs .....

pièces manquantes .....

SPRINT  DEMI-FOND  LANCERS  SAUTS  MARCHE  ECOLE ATHLETISME