

BULLETIN D'INSCRIPTION (1)

Nom Prénom

Date de Naissance N° de Licence FFA

Sexe : Masculin Féminin (rayer la mention inutile)

NationalitéDate 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 Fleuryriat** 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.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier d'Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

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