



DEMANDE DE LICENCE 2017-2018
Athlétisme des Marais de Carentan



Type de licence souhaitée : Compétition – Encadrement – Ecole d’athlé

Si renouvellement, numéro de licence :

Nom : Prénom : Sexe : F – M

Adresse : Téléphone :/..../..../.....
.....
.....

Adresse mail (Obligatoire pour recevoir la licence) :

Catégorie : Femme EA PO BE MI CA JU ES SE MA DI
Homme EA PO BE MI CA JU ES SE MA DI

Montant de la cotisation :€ réglée par {€ en Chèque
.....€ en Espèces
.....€ en Tatroo / Spot 50

Cocher si besoin d’une attestation de paiement

Possibilité de paiement fractionné (1^e chèque mini 50% de la licence et arrondir en €

1 ^e chèque (50%) n°	Montant :	Banque :
2 ^e chèque n°	Montant :	Banque :
3 ^e chèque n°	Montant :	Banque :

LE CERTIFICAT MEDICAL EST OBLIGATOIRE POUR LES NOUVEAUX LICENCIÉS ET DOIT ÊTRE DATE DE MOINS DE 6 MOIS

(Pour les demandes de licences faites en juin, le certificat doit être daté d’après le 1^{er} Juin)

Mention obligatoire devant figurer sur le certificat médical : « pratique de l’athlétisme en compétition »

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DE L’ATHLETISME EN COMPETITION

Je soussigné, Docteur exerçant à certifie avoir examiné M/MME..... et n’avoir pas constaté, à ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de l’athlétisme en compétition.

Fait à Le/..../.....

Signature + cachet du médecin :

AUTORISATION PARENTALE

L'autorisation parentale est obligatoire pour un mineur qui pratique l'Athlétisme (Art 7 des règlements généraux FFA)

Je soussigné, (Nom)..... (Prénom) demeurant à
(Adresse)....., joignable au (Téléphone)
..... autorise mon fils, ma fille (1).....
A pratiquer l'athlétisme au sein de l'Athlétisme des Marais de Carentan.

AUTORISATION MEDICALE

D'autre part, en cas d'accident ou de malaise durant l'entraînement, une compétition, un stage ou un déplacement sportif, j'autorise le ou les responsables de l'AMC à faire pratiquer sur mon enfant, tous les soins ou interventions médicales et chirurgicales qui apparaîtraient nécessaires en cas d'urgence.

Dans tous les cas, je désire être prévenu(e) par téléphone au :
1^e numéro :/...../...../...../..... 2^e numéro :/...../...../...../.....

PRELEVEMENT SANGUIN POUR LES ATHLETES MINEURS

Conformément à l'article 232-45 du Code du sport dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné
..... en ma qualité de père – mère – responsable légal (1) de l'enfant
..... autorise la réalisation de prélèvement de sang.

(1) – rayer la mention inutile

ASSURANCES

(Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L 321-6 du Code du Sport)

La fédération française d'athlétisme propose, par l'intermédiaire de LA SAUVEGARDE, assureur :

- Aux clubs : une assurance responsabilité civile garantissant la responsabilité du club, des bénévoles, salariés et licenciés ainsi que toute personne prêtant son concours à l'organisation de manifestation au prix de 0,50cts TTC. Le club peut refuser le bénéfice de cette assurance proposée par la fédération. Il doit alors fournir une attestation d'assurance prouvant qu'il répond aux obligations de la loi.
 - Aux licenciés : une assurance individuelle accident et assistance couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'athlétisme au prix de 0,50cts TTC
- J'accepte l'assurance individuelle accident et assistance proposée
ou
 Je refuse l'assurance individuelle accident et assistance proposée et reconnaît avoir été informé des risques parcourus lors de la pratique de l'athlétisme pouvant atteindre mon intégrité physique

DROIT A L'IMAGE

Le soussigné autorise le Club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial.

- Je ne souhaite pas que mon image soit utilisée (l'absence de réponse vaut pour acceptation)

Date et signature du licencié ou du responsable légal si le licencié est mineur :