

FORMULAIRE DE NOUVELLE ADHESION



S/L AC CESSON

Remplir en lettres capitales et cocher les cases

Licence N° :

NOM :	Prénom :	Date de naissance :
Sexe :		
Nationalité :		

(L'Athlète de nationalité étrangère ayant réalisé une performance de niveau équivalent ou supérieur à IB dans les 12 derniers mois doit obligatoirement le signaler afin que la FFA puisse formuler une demande d'autorisation auprès de la fédération du pays d'origine)

Adresse complète :	N° de téléphone (portable) :
Code Postal : Ville :	N° de téléphone (fixe) :

mail

Type de Licence choisie :

<input type="checkbox"/>	Licence Athlé Compétition	Benjamins à Vétérans
<input type="checkbox"/>	Licence Athlé Découverte	Poussins
<input type="checkbox"/>	Licence Athlé Santé	Santé - Marche nordique
<input type="checkbox"/>	Licence Athlé Running	Loisirs, Vétérans
<input type="checkbox"/>	Licence Athlé Encadrement	Entraîneurs, bénévoles

Certificat médical : (Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport)

- Pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte (à partir de la catégorie Eveil Athlétique) et Athlé Running le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
 - Pour la Licence Athlé Santé et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.
 - Dans le cadre d'un renouvellement de Licence, et dans les conditions prévues par le code du sport, le soussigné peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical.

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation :

Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, _____, en ma qualité de _____ (père, mère, représentant légal) de l'enfant _____ autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
 En ma qualité de _____ (père, mère, représentant légal) de l'enfant _____ autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.

Assurances (Articles L 321-1, L 321-4, L 321-5, L321-6 du Code du Sport)

La Fédération Française d'Athlétisme propose, par l'intermédiaire de MAIF, assureur :

- aux Clubs : une assurance Responsabilité Civile garantissant la responsabilité du Club et du Licencié au prix de 0,28 euro TTC (inclus dans le coût de la licence). Un 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 (Article L321-1 du Code du Sport).
- aux Licenciés : une assurance Individuelle Accident de base et Assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'Athlétisme, au prix de : 0,81 euro TTC (inclus dans le coût de la licence).

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.

Droit à 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. Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de 4 ans et pour la France.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)

Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cil@athle.fr
 Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)

Date et signature du Licencié :
 (des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

Type de licence	Année de naissance	Prix unitaire	Nombre	Total
Athlé Compétition - Benjamins, Minimes, Cadets, Juniors - Espoirs, Seniors et Vétérans	2000 à 2007 1999 et avant	95€ 110€		
Athlé Découverte (Poussins) - sans entraînement (EMS) - avec entraînement	2008 et après	45€ 95€		
Athlé Santé (Santé - Marche nordique)	-	110 €		
Athlé Running (Loisirs - Vétérans)	1979 et avant	110 €		
Athlé Encadrement	-	45€		
SOUS-TOTAL (1)				

Chèques à l'ordre de l'AC Cesson

Tournez svp (réductions, maillot, certificat médical)

(REPORT) SOUS-TOTAL (1)			
Réductions	Plusieurs licences		= -10% de (1)
	Chèque sport (sur justificatif)		(-15€) * ...
	UNSS . AS (sur justificatif)		(-20€) * ...
	Opération Visual Sports (cf ci-dessous)		(-30€) * ...
SOUS-TOTAL (2)			
Pour les nouveaux adhérents : 25 euros par maillot. Taille(s) souhaitée(s) : _____	25€		
SOUS-TOTAL (3)			
TOTAL : (1) - (2) + (3)			



Opération Visual Sports : pour tout achat de lunettes (vue, soleil, ...) demandez un bon de 30 euros au club. Pour chaque bon déposé, Bruno Thieullet remettra 30€ au club, qui a décidé de vous les restituer intégralement

Offre cumulable (parents, enfants, famille, etc)
Optique Visual, 8 place de l'Eglise à Cesson-Sévigné

<p><u>Certificat Médical</u></p> <p>pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport</p> <p>(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)</p>

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

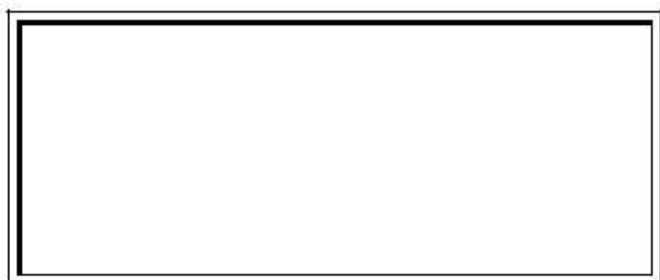
Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____



Cachet et Signature du Médecin