

### SECTION JEUNES

### LICENCE FFA « ATHLÉ-COMPÉTITION »

4	6	7

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Numéro de licence (OBLIGATOIRE en cas de renouvellement de licence)

Catégorie du 1<sup>er</sup> Nov 2019 Jusqu'au 31 Oct 2020

JUNIOR 2001 et 2002  CADET 2003 et 2004  MINIME 2005 et 2006  BENJAMIN 2007 et 2008

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone, privé fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone, portable : \_\_\_\_\_

COURRIEL (adresse MAIL) IMPÉRATIF : ..... @ .....

J'accepte de recevoir les mails d'informations du CLUB (IMPÉRATIF pour être informé de la vie du club)

**CERTIFICAT MEDICAL** (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/la soussigné(e) 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 les licences Athlé Santé et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le/la soussigné(e) certifie avoir produit un certificat médical d'absence de 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/la soussigné(e) peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical tous les trois ans.

**AUTORISATION POUR MINEURS (LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES** (loi du 06/01/1978) – **DROIT A L'IMAGE** (article 226-1 du Code Pénal) - **HOSPITALISATION** (en cas de nécessité)  
 Le/la soussigné(e), son représentant légal,  
 - Autorise l'enfant à pratiquer l'athlétisme au Club Athlé St Julien 74, durant la saison indiquée et souscrit pleinement à la politique du club, visant à lui permettre de participer à au moins 5 compétitions. et connaît la disposition d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur la fiche individuelle de l'enfant destinées au club, à la FFA, pouvant être communiquées à des tiers sans limitation.  
 - Autorise le club à utiliser toutes les images réalisées dans le cadre de la pratique sportive pour son site internet et pour la promotion du club sur tous les supports de communication. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre  l'absence de réponse vaut acceptation et autorise le club à transmettre son identité et son adresse à des tiers. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre  l'absence de réponse vaut acceptation.  
 - Autorise le club, en cas de nécessité médicale, de faire hospitaliser l'athlète mineur. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre  l'absence de réponse vaut acceptation.

**PRELEVEMENT SANGUIN POUR LES ATHLETES MINEURS**  
 Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le but de la lutte contre le dopage, je soussigné(e) .....  
 (représentant légal) autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

**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 € 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 € TTC (inclus dans le coût de la licence).  
 J'accepte l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée  ou  
 Je refuse l'assurance Individuelle Accident et Assistance proposée et reconnais avoir été informé(e) des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l'Athlétisme   
 Le/La soussigné(e) déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance, exposées ci-dessus et des garanties optionnelles proposées (options 1 et 2) complémentaires (consultables entre autres sur le site [www.athle.fr](http://www.athle.fr) rubrique Assurances.)

Nom Prénom (représentant légal) : ..... Date : ..... Signature : .....

Certifie avoir pris connaissance aussi du règlement intérieur du club et de la CHARTRE pour une ÉTHIQUE SPORTIVE

<b>COTISATION ANNUELLE</b>		<b>190,00 €</b>
Déductions membres même famille 2 <sup>ème</sup> -10€ - 3 <sup>ème</sup> -20€ - 4 <sup>ème</sup> -30€ - 5 <sup>ème</sup> -40€ / inscription après 01.03.2020 : -40€		,00 €
<b>TOTAL DE COTISATION À RÉGLER</b>	<b>Joindre un chèque à l'ordre de « ATHLÉ ST-JULIEN 74 »</b>	<b>,00 €</b>

**A REMPLIR PAR LE SECRETARIAT**

Nom - Prénom de l'émetteur du chèque : .....  
 No chèque : ..... Banque : ..... Date enregistrement SIFFA : .....