



## **Bulletin d'adhésion – saison 2017-2018**

**Nom** : ..... **Prénom** .....

**Sexe** : F M **Date de naissance** : .....

**Adresse** : .....

**CP** : ..... **Ville** : .....

**Téléphone** : fixe ..... **Portable** .....

**E-Mail (obligatoire)** : .....

**La licence est envoyée par mail par la Fédération Française d'Athlétisme.**

**Type de licence choisie :**

- Licence Athlé Compétition 130 €       Licence Athlé Running (loisir) 105 €  
 Licence Athlé Running enfant 95 €

Pour 2 licences par famille : 10 % sur la deuxième  
Pour 3 licences par famille : 20 % sur la troisième  
Pour 4 licences par famille : 30 % sur la quatrième

### **Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs :**

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 de l'enfant.

**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.

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

Le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle. Ces informations sont destinées à la Fédération Française d'Athlétisme et peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

### **Autorisation parentale pour les athlètes mineurs :**

Je soussigné(e) Mme, M ..... responsable légal de ..... autorise les responsables du CAV à prendre toutes les mesures ou décisions en cas de difficultés, blessures ou maladies lors des entraînements, compétitions et déplacements auxquels mon enfant participera.

J'autorise mon enfant à prendre place éventuellement dans une voiture particulière ou de location afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs, entraînements, au cours de la saison sportive 2017/2018.

### **Date et signature du Licencié :**

(des parents ou du représentant légal pour les mineurs)

**Reprise des entraînements et inscriptions**

**MERCREDI 13 SEPTEMBRE 2017 à 14 h 30**

(valable du 1/11/2017 au 30/10/2018)

CATEGORIE	CODE	ANNEE DE NAISSANCE
Masters	VE	1978 et avant
Seniors	SE	1995/1979
Espoirs	ES	1998/1997/1996
Juniors	JU	2000/1999
Cadets	CA	2002/2001
Minimes	MI	2004/2003
Benjamins	BE	2006/2005
Poussins	PO	2008/2007
École d'Athlétisme	EA	2011/2010/2009
Baby Athlé	BB	2013 à 2012

	EA	PO/BE	MI à VE Compétition	Adultes	Trail	Marche Nordique
Lundi				18h00- 19h30 Débutants		
Mardi					18h30 - 20h00	
Mercredi	14h30 - 15h30	14h30 - 16h00	14h30 - 16h00			16h - 18h
Jeudi				18h00 - 19h30		
Samedi				16h00 – 18h00 + BE à VE compétition		

**Documents à fournir pour l'inscription :** L'inscription ne sera valide que si le dossier est complet.

- ✓ Bulletin d'adhésion rempli et signé.
- ✓ Certificat médical avec mention « apte à la pratique de l'athlétisme y compris en compétition » **datant de moins de 3 mois ou questionnaire de santé rempli et imprimé depuis le site de la FFA.**
- ✓ Cotisation : chèque (possibilité 2 versements identiques), espèces.
- ✓ Fiche d'urgence pour les mineurs.

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et l'enfant ne pourra pas assister aux entraînements.**

**FICHE D'URGENCE** (pour les mineurs)

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F      M      Date de naissance : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

En cas d'accident, le club s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Pour faciliter notre tâche, merci de renseigner les numéros de téléphone suivants :

- Domicile .....
- Portable (père).....(mère).....
- Travail du père : .....
- Travail de la mère : .....
- Nom et numéro d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

Observations que vous jugez utiles de porter à notre connaissance (allergies, précautions particulières à prendre ...)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....  
.....  
.....