

Nom du club : SAM

Numéro d'adhérent du club : Adh-2025-2684

33029

SPORT ATHLETIQUE MERIGNACAIS

IDENTITE :

NOM : PRENOM :

NOM de jeune fille :

Sexe : M F

Nationalité :

Né.e le : / /

Lieu de naissance* :

Code postal de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Email : Tel :

*Si né.e à l'étranger,

Nom du père : Nom de la mère :

CATEGORIE DE LICENCE

Dirigeant.e Praticant.e Educateur.trice

Pour les dirigeant.e.s et éducateur.trice.s :

Département de résidence : Département d'exercice :

SECTION DE RATTACHEMENT :

ASSURANCES (OBLIGATOIRE)

- Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
 - de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
 - de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à envoyer, dès que possible, mon adhésion et son paiement à mon club.

OU BIEN

Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir été informé de l'existence de

garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

OFFRE COMMERCIALE :

- Je souhaite être informé.e d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFCO
 Je souhaite être informé.e d'offres préférentielles des partenaires officiels de la FFCO

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pour les personnes de plus de 50 ans : Le certificat médical est exigé à partir de 50 ans. Il est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

En dessous de 50 ans, seul le questionnaire de santé doit être complété.

Pour les personnes de moins de 50 ans ou les plus de 50 ans ayant fourni un certificat médical pour une demande de licence omnisports loisirs au cours des deux années précédentes : Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
 Répondu OUI à une ou plusieurs question[s] ; dans ce cas veuillez joindre un certificat médical.

SIGNATURE DU LICENCIÉ OU REPRESENTANT LEGAL

Pour un licencié mineur : Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel (en cas d'application smartphone).

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur (NOM, Prénom) :

Date de signature :

Signature