

**N° Affiliation F.F.A : 056095 N° Siret : 812 880 151 00012**

## FORMULAIRE DE DEMANDE D’ADHESION 2024-2025

**Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases**

**Nouvelle adhésion** : ** N° de Licence** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

## 

**Nom :** ………………………………………………………. **Prénom :** ……………………………………

**Sexe :** F **** M **** **Date de naissance :** |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_| / |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (jj/mm/aaaa)

**Nationalité :**  |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Adresse complète :** …………………………………………………………………………………………………

**Code Postal :** |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| **Ville**: ………………………………………………………………………...

**Adresse E-mail  (obligatoire) :** ……………………………………………………………………………………

**Numéros de téléphone :** Fixe |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Portable |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Type de:  Licence Athlé-Découverte** ** Licence Athlé Running**

**Licence choisie :** **** **Licence Athlé-Compétition  Licence Athlé Santé ** **Licence Athlé-Encadrement**

**Certificat médical** **:**

Conformément à l’article L.231-2 du code du sport, les personnes majeures qui demandent une licence ou son renouvellement, à l’exclusion des non-pratiquants (licence Athlé Encadrement), doivent réaliser via le formulaire en ligne dans leur espace personnel, le Parcours de prévention santé (ou « PPS ») tel que prévu par la FFA sur sa solution dédiée.

Conformément aux dispositions de l’article D.232-1-4-1 du code du sport, dans le cas d’une première prise de licence ou d’un renouvellement de licence par un licencié mineur, la présentation d’un certificat médical d’absence de contre-indication n’est pas exigée. Pour cela, le titulaire de l’autorité parentale doit attester avoir répondu, en compagnie du licencié mineur, « non » à l’ensemble des questions du questionnaire relatif à l’état de santé du sportif mineur prévu à l’article D.231-1-4-1 du code du sport. À défaut, les personnes exerçant l’autorité parentale sur l’athlète mineur sont tenues de produire un certificat médical attestant de l’absence de contre-indication à la pratique de l’athlétisme datant de moins de six mois.

.

**Prélèvement sanguin pour 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 **et autorise l’hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.**

**Assurances** **:** **(Articles L 321-1 et L 231-4, L321-5, L 321-6 du Code du Sport)**

La Fédération Française d’Athlétisme propose, par l’intermédiaire de **MAIF**, assureur

**1. Colpo-Athlé-Plaisir : RC-FFA souscrite auprès de l’assureur FFA,** 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).** Obligations de la loi (Articles L 321-1).

**2. 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. **(Incluse dans le coût de la licence).**  **Choix du Club :** **Saison 2024-2025**

**Droit à l’image - Loi Informatique et libertés** (*Loi du 6 janvier 1978*)

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).***

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. 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 représentant légal si le licencié est mineur)**