



Demande de création de licence et d'adhésion 2018-2019



CERTIFICAT MEDICAL (de moins d'un an) – Date :/...../.....
OBLIGATOIRE avec mention « pratique du tir à l'arc en compétition »

Nom Prénom

Date de naissance :/...../..... Sexe : [] M [] F

Adresse

C.P. Ville

Téléphone Portable

E-mail @

(à renseigner lisiblement – votre attestation de licence vous sera envoyée par E-mail)

Nationalité : [] Française [] Etrangère (préciser).....

[] Je souscris une licence.

21 ans et plus en 2019

moins de 21 ans en 2019

[] Adulte

[] Jeunes

[] Poussins

[] Je joins l'autorisation d'intervention médicale ou chirurgicale (enfants mineurs uniquement)

Assurance individuelle accident (article L621-6 du code du sport) – détail dans la notice jointe à la présente

[] Je reconnais avoir reçu la notice et pris connaissance des garanties complémentaires proposées par la FFTA.

[] Je souscris à l'assurance individuelle accident avec ma licence (0.25 €). L'assurance en responsabilité civile est incluse dans la licence.

Comment avez-vous découvert le tir à l'arc ? (1 ou plusieurs choix)

Amis/famille [] - vacances [] - opération promo FFTA [] - portes ouvertes/forum des associations [] - TV [] - presse [] - autre []

Initiation [] lundi 17 h 30 à 19 h [] lundi 19 h à 20 h 30 [] vendredi 17 h 30 à 19 h

Tee-shirt: 10/12 – S – M – L – XL – XXL

Palette S / M / L – G / D

Flèches :

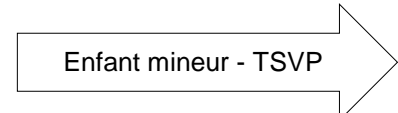
Table with 5 columns: Licence Cotisation, A - Adultes (102.00 €), J - Jeunes (76.00 €), P - Poussin (62.00 €), Kit matériel (60.00 €)

Table with 4 columns: Règlement, Chèque/Espèces, Vivacité (85%, 65%, 45%, 25%), Atouts Normandie

[] J'accepte de recevoir la newsletter de la FFTA (1 à 2 par mois).

[] J'autorise l'utilisation de mon image (photos, vidéos, ...) par mon club dans le cadre de ses activités statutaires liées à ma pratique du tir à l'arc.

Le Nom du signataire (ou responsable légal)



LES ARCHERS D'HEROUILLE – 09 14 021

Saison sportive 2018 / 2019

INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE

Le code de la santé public (articles 1111-4 et 1111-6) précise qu'aucun acte médical ne peut avoir lieu sans le consentement de la personne (ou du responsable légal).

Afin de pouvoir joindre les parents ou responsables du mineur de manière à ce que l'équipe médicale puisse communiquer le cas échéant avec eux, indiquez ci-dessous les coordonnées complètes.

Enfant mineur :

Nom Prénom

**Personnes à contacter
en cas de besoin justifiant
une intervention médicale ou chirurgicale d'urgence :
(responsables légaux)**

La Mère Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél mobile :

Le Père Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél mobile :

Le Tuteur Nom : Prénom :

Tél fixe : Tél mobile :

Fait à, le
(signature)