# Formulaire destiné aux adhérents afin de fournir les informations pour la prise de licence.

##  A COMPLÉTER PAR LE CLUB

 **🞎** PRIMO LICENCIÉ(E)\*  **🞎** RENOUVELLEMENT\**(cocher une seule case)*

 \* Primo licenciée : toute personne qui prend pour la 1ère fois

 **🞎** MINEUR(E)  **🞎** MAJEUR(E)*(cocher une seule case)*

##  1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (à compléter par l’adhérent - Tous les champs sont obligatoires)

Nom de naissance ……..……..……………………………………..………………………………………………….......……………….....……..…........

Nom d’usage (nom d’époux, d’épouse), si différent du nom de famille ………………………….…..….…………………..……..……

*C’est le nom d’usage qui sera affiché sur la carte licence*

Prénom *(1e prénom uniquement)* ……………………………..….…………………...….…… Tel : ………………..………...…………..…………..…

E-mail ………..……………………..………...…… 🞎 J’autorise l’utilisation interne du mail par la FFLDA ou FMMAF.

Adresse  …………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

Code postal ……..….…………………………...… Ville localité …………..…..…………………..….………………….…………………….…..…….

🞎 QPV Quartier Prioritaire Politique de la Ville (ZRR automatiquement enregistré avec l’adresse licencié)

Date naissance  ….. / ….. / …... 🞎 Né(e) en France 🞎 Né(e) à l’étranger *Précisez le pays …………*…….…………….……..…….

Département de naissance ….……….... *(00 si hors France)*  Ville de naissance  ………………...………….…………...…………

**Sexe** : 🞎 Féminin 🞎 Masculin **Nationalité** : 🞎 Française 🞎 Etrangère *précisez le pays* …….…………………………………..

Si nationalité étrangère : Nom prénom du père……………………………………………………..……………….…….………..…

 Nom prénom de la mère……………………………………………….……………………………..…….

……….

J’accepte de diffuser mes données (nom, prénom, club, catégorie d’âge, nationalité, photo) sur le site internet public et sur le site internet qui gère les compétitions (une case à cocher obligatoirement) : 🞎 **OUI**  🞎 **NON**

##

##  2 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d’urgence, d’intervention médicale ou chirurgicale, je donne (1), ne donne pas (1) *(rayer la mention inutile*) l’autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d’urgence. Pour un mineur, signature d’un parent ou tuteur légal. NOM, Prénom, qualité du signataire : ……………………………………….………………………………………………….………….

N° téléphone *(cas d’urgence)* : ……………………………………… Signature :

##

##  3 - DÉCLARATION SUR L’HONNEUR

**JE SOUSSIGNÉ**, …………………………….………………………………..………………………..….………..… **DÉCLARE :**

######  NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

* Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complété, l’ensemble des informations demandé sur ce

 bulletin (page 1, 2, 3).

* Donner acte à la fédération qui m’engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche

 Personnelle auprès de l’assureur.

* Être informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la

 Licence, sont l’objet d’un traitement informatique de la FFLDA, auprès de laquelle pourra s’exercer un droit d’accès et de rectification *(loi n° 78-17 du 6/011978)*.

* Autoriser l’utilisation de l’image à titre sportif (*si refus, rayer cette phrase*).
* Atteste sur l’honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant ce bulletin.
* Avoir reçu et pris connaissance des notices d’information relatives aux garanties de base attachées à ma licence FFLDA

 Date ….….. / ………  / ………..... Signature

##

##  4 - MONTANT A PAYER

|  |
| --- |
| **Licence Cotisation club Pièces à joindre** |
|  | **Adulte** | **6-10 ans** | **11-16 ans** | **Féminine** |  |
| Licence avec assurance responsabilité civile et Garantie individuelle. | **180 €****🞎** | **70 €****🞎** | **80 €****🞎** | **30 €****🞎** | * 1. Un Document officiel avec photo attestant de l‘identité et de la nationalité.
* 2. Un certificat médical attestant la pratique du MMA

2. Une Photo d’identité format numérique\* JPG |

#  \* La photo devra obligatoirement être téléchargée sur l’extranet pour l’inscription aux compétitions

 **5 – AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR MINEUR** *Art. 232-52 Code sport*

Je soussigné(e) (*Nom Prénom)* ……………………………………………………………….…..…..…… Agissant en qualité de

représentant légal de l’enfant mineur (*Nom prénom de l’enfant)* : ……………..……….………………………………………….

**Autorise** tout préleveur agréé par l’Agence Française de lutte contre le dopage, en lui présentant ce document, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang…) lors d’un contrôle antidopage sur cet enfant mineur.

Fait à ……………………………………………… le ….... / ….... /…......… Signature :

L’absence d’autorisation parentale est constitutive d’un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est susceptible d’entraîner des sanctions disciplinaires.

 **6 – DÉCLARATION SUR L’HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE RELATIF A**

 **L’ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR** *(Annexe 1)*

Je soussigné(e) (*Nom Prénom)* ……………………………………………………………….……….…..…… Agissant en qualité de

représentant légal de l’enfant mineur (*Nom prénom de l’enfant)* : ………………………………………………………………….

**Atteste** avoir pris connaissance du questionnaire de santé relatif à l’état de santé du sportif mineur et m’engage à en respecter les recommandations.

Fait à ……………………………………………… le ….... / ……. /…….… Signature :

 **7 – DÉCLARATION SUR L’HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE**

 **RELATIF A L’ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR** *(Annexe 2)*

Je soussigné(e) (*Nom Prénom)* …………………………………………………………………………………………………………..…..……

Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé relatif à l’état de santé du sportif majeur.

Fait à ……………………………………………… le ……. / ….... /…….… Signature :