

Création licence

COMITÉ DÉPARTEMENTAL **ALPES - MARITIMES**

ASSOCIATION **CERCLE AÏKIDO DE CARROS**

INFORMATIONS LICENCIÉ(E)

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance

Sexe Nationalité

Adresse

Code postal Ville

Téléphone

Email (en majuscule)

Je sollicite la création – le renouvellement – de ma licence pour l'association désignée ci-dessus. (BARRER LA MENTION INUTILE). Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A Le

Signature (du licencié ou du tuteur légal) - Tampon de l'association

ASSURANCE – COMPLÉMENTAIRE AXA

Je soussigné, Nom

Prénom

Déclare choisir d'adhérer à l'option :

MINI (1.90 €)

MIDI (3.75 €)

MAXI (5.50€)

Les deux dernières options ouvrant droit à des Indemnités Journalières en cas de perte de salaire

Je déclare avoir pris connaissance de l'extrait de la notice d'information imprimée au verso de ce formulaire (l'intégralité est téléchargeable sur www.fscf.asso.fr)

Je refuse d'adhérer au contrat mais j'atteste avoir été informé(e) et incité(e) par mon association à souscrire cette assurance complémentaire qui vient compléter mon régime obligatoire.

A Le

Signature (représentant légal pour les mineurs). «Lu et approuvé»

DROIT A L'IMAGE

Je soussigné autorise la F.S.C.F. à diffuser des photos / vidéos de mon enfant ⁽¹⁾

ou de moi-même ⁽¹⁾ présent dans le cadre des activités menées par mon association et/ou la fédération.

Le Signature

ACTIVITES PRATIQUEES DANS L'ASSOCIATION

1.

2.

3.

4.

5.

Etes-vous uniquement dirigeant dans toutes ces activités ?

OUI NON

Fonction

Projetez-vous de participer à des compétitions, regroupements ou manifestations départementales, régionales ou nationales ?

OUI NON

CADRE RESERVE A L'ASSOCIATION

Type de licence

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, après avoir examiné ce jour,

M./Mme/Melle

Né(e) le

Certifie après examen que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique du sport suivant :

y compris en compétition (BARRER LA MENTION INUTILE)

Signature et Cachet

Si besoin (activité 2) :

Certifie après examen que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique du sport suivant :

y compris en compétition (BARRER LA MENTION INUTILE)

Signature et Cachet

Si besoin (activité 3) :

Certifie après examen que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique du sport suivant :

y compris en compétition (BARRER LA MENTION INUTILE)

Signature et Cachet