

**BRISSAC LOIRE AUBANCE ATHLETISME**

**Demande de licence Saison 2019-2020**

**Informations sur l’adhérent**

**Renouvellement n° licence : ou Nouvelle adhésion**

**Nom : Prénom :**  **Sexe : F ou H**

**Date Naissance :** \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Nationalité (\*) :** **Type de licence :**

**(\*)Etrangers:** Pour les étrangers, quelle que soit la nationalité et l’âge, joindre à ce formulaire le justificatif de résidence en France ou la photocopie de la carte de séjour ou la carte de résident en cours de validité.

**Adresse complète:**

**Code postal :**  **Ville :**

**Téléphone des parents pour les mineurs** père : mère : tuteur :

**Téléphone athlète:**

**Internet**

***ATTENTION*: la FFA adresse la licence à chaque adhérent par voie électronique.**

La plupart des informations internes au club (convocations, engagements, invitations, infos diverses) sont adressées par courrier électronique aux licenciés ou visibles sur le site du club.

Le courriel, s’il existe est donc **INDISPENSABLE** (Merci d’écrire lisiblement et en majuscules de préférence)

**Adresse mail du licencié ou des parents pour les mineurs :**

**Adresse mail de l’athlète :**

**Adhésion au club**

* Je souhaite adhérer au club pour la saison **2019–2020**
* Je m’engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d’Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d’Athlétisme.

**En tant qu’athlète je m’engage à participer**

 **Nota pour les Parents voir ANNEXE 3 : assistance aux entrainements.**

☐Cross du Courrier de l’Ouest - 11 novembre 2019 - Bénévole et/ou courir

**Certificat médical (cocher une des 3 cases)**

☐Je fournis un certificat médical (voir annexe 1) autorisant la pratique de l’athlétisme, y compris en compétition datant de moins de six mois. Date du Certificat médical**:\_\_\_\_\_/ \_\_ /\_\_\_\_\_**

☐ Je fournis le questionnaire de santé avec ma demande de renouvellement.

☐ J’ai répondu au questionnaire de santé en ligne sur mon Espace Personnel FFA.

**Cotisation**

**Je règle la cotisation**: (chèque licence et chèque maillot à l’ordre de Brissac Loire Aubance Athletisme)

**Tarif pour les licenciés:**

☐**120€** (CJESV) 2004 et avant

☐**120€** (Minimes – Benjamins) 2005 à 2008

☐**120€** (Poussins–Eveils Athlé) 2009 à 2012 tee- shirt offert

☐**120€** (licence loisir et compétition)

Possibilité de régler avec les coupons sport et chèques vacances. Déduction de 20€ à compter de la 2ème personne d’une même famille.

☐ Règlement en trois fois

**Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier1978) et RGPD 2018**

Le soussigné dispose d’un droit d’accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle. Ces informations (nom, adresse, téléphone, année de naissance, courriel ) recueillies lors de l‘inscription sont destinées à la Fédération Française d’Athlétisme pour l’obtention de la licence. Nous conservons vos données personnelles pendant la durée nécessaire à savoir une saison sauf le certificat médical qui pourra être conservé jusqu’à une durée de 3 ans si vous vous inscrivez de nouveau. Le responsable du traitement des données est le Président de Brissac Loire Aubance.

L’adhésion au BLAA vaut consentement, le retrait du consentement vaut radiation du BLAA.

**Droit à l’image :**

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 / / à

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature du Licencié(Des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur) |  | Signature du Président du Club |  |

Si vous souhaitez une attestation de paiement de la cotisation 2019/ 2020veuillez cocher la case ci-contre: ☐

**Dossier complet (bulletin d’adhésion, règlement et certificat médical) à remettre sous enveloppe à :**

**MARIELLE ROBINEAU, 3 Rue de L’Evière , Saint Saturnin Sur Loire 49320 Brissac Loire Aubance**

**ANNEXE 1**

**CERTIFICAT MEDICAL pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du code du sport (à complèter par le médecin traitant) :**

(Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise, Athlé Découverte et Athlé Running)

Je soussigné, Docteur :

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle et n’avoir constaté à ce jour, de **contre-indication à la pratique de l'Athlétisme en compétition**, course à pied en compétition de longues distances (pour adulte).

## Je l’informe de l’intérêt de déposer auprès de l’Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d’autorisation d’usage à des fins thérapeutiques en cas d’utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d’entrainer une réaction positive lors d’un contrôle antidopage.

## Fait à: le: / /

|  |
| --- |
|  Cachet et signature du médecin |

**ANNEXE 2 POUR LES ATHLETES MINEURS**

**Autorisation parentale :**

Je soussigné(e).....................................................................................................................................................

Agissant en qualité de : 🞏 Père 🞏 Mère 🞏Tuteur

Demeurant………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

De l'enfant...........................................................................................................................................................

**Autorise** mon enfant à participer à toutes les activités proposées sur le stade par les entraîneurs lors des séances d’entraînement:

🞏 OUI 🞏 NON

**Autorise** les entraîneurs à prendre, le cas échéant, toutes mesures d’urgence en cas de blessures sur le stade:

🞏 OUI 🞏 NON

**Autorise** l’encadrement ou un parent à transporter mon enfant dans son véhicule lors d’un déplacement pour aller ou revenir d’une compétition en mon absence :

🞏 OUI 🞏 NON

**Autorise** mon enfant à quitter seul le stade:

🞏 OUI 🞏 NON

Au début de chaque séance, je m’engage à ne pas quitter la surveillance de mon enfant avant de m’être assuré(e) de la prise en charge effective de celui-ci par un responsable de l’association chargé de l’accueillir.

À la fin de chaque séance, je m’engage à venir rechercher mon enfant aux horaires prévus pour la fin des activités et en cas de retard exceptionnel à avertir immédiatement un responsable de l’association.

Entraineur Agathe 06 11 24 12 87

Jean-Claude 06 89 50 63 20

Bruno 06 75 24 34 50

Fait à ...................................................... , le |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Signature :

**ANNEXE 3 POUR LES ATHLETES MINEURS**

**Assistance aux entrainements et découverte de l’activité de vos enfants :**

Le nombre de jeunes Athlètes évoluant constamment nous avons besoin d’une participation active de votre part en particulier pour assister Agathe au minimum une fois par SAISON et par ENFANT (soit 36 séances).

**Je m’inscris (en fonction du jour d’entraînement de mon enfant):**

**Le MERCREDI  / / / ou le JEUDI / / /**

*NOTA : Nous reporterons vos noms et dates sur un calendrier commun que nous vous transmettrons par mail après réception de ce document (doodle).*

**Si vous ne connaissez pas encore vos disponibilités pour les mois à venir merci néanmoins de signé ce document et de remplir ultérieurement le doodle envoyé.**

Je reconnais avoir pris connaissance de ce document.

Nom :

Signature :