Licence n°

CLUB ATHLETIQUE CAUSSADAIS

N°F.F.A. : 082018

DEMANDE D'ADHESION

Coordonnées de l'adhérent

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Né(e) le : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| (jj/mm/aaaa) Sexe : M ☐ F ☐

Nationalité : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Tél. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Port. : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Email : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse complète

(précisez le nom et le prénom si différents de ceux de l'adhérent)

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

C P : |__|__|__|__|__| Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

AUTORISATION PARENTALE

(pour les moins de 18 ans seulement)

Je soussigné(e)……………………………………………………………………………………

représentant légal de……………………………………………………………………………

- autorise les dirigeants du Club Athlétique Caussadais à prendre toutes dispositions nécessaires en cas de besoin.
  Médecin traitant : …………………………………… Tél. : ……………………………………
  Lieu d'hospitalisation éventuel :…………………………………………………………………
  Contre-indications médicales (allergies, etc…) :………………………………………………
  ………………………………………………………………………………………………………
- autorise les dirigeants du Club Athlétique Caussadais ou les accompagnateurs à prendre en charge mon enfant pour les déplacements en véhicule collectif ou particulier, lors des activités du club.

☐ Le C.A.C diffuse sur son site internet « caussade.athletisme.free.fr » des photos prises lors des compétitions ou des entraînements. Si vous ne désirez pas que vous ou votre enfant *(pour les – de 18 ans)* apparaisse en plan individuel sur ces photos, cochez la case.

Fait à ……………………………………………, le ……………………………………

Signature des parents ou représentant légal *(pour les moins de 18 ans)* Signature de l'adhérent

CERTIFICAT MEDICAL

(pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport)

Je soussigné, Docteur ……………………………………………………………………………

Demeurant à …………………………………………………………………………………………

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Mlle …………………………………………………

Né(e) le .... / …...... / …............... Demeurant à ……………………………………………

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier 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 ……………………………………

Signature du médecin Cachet

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la carte d'Adhérent.