

# Création licence

COMITÉ DÉPARTEMENTAL

ASSOCIATION

## INFORMATIONS LICENCIE(E)S

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de naissance

Sexe Nationalité

Adresse

Code postal Ville

Téléphone

E-mail (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 – COMPLEMENTAIRE MMA

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](http://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 <sup>(1)</sup>

ou de moi-même <sup>(1)</sup> 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