ATHLETIC CLUB DE SAINT-PAUL
12 ALLEE DE LA PLACE – PLATEAU CAILLOU
97460 SAINT-PAUL

Tél. *0692 87 54 88 ou 0692 12 19 19* - **Fax** : *0262 39 37 51*
Mèl : *acsaintpaul1997@gmail.com*
Site Internet : *acsaintpaul.com*

FORMULAIRE DE D'ADHÉSION – BABY ATHLE

REMPLIR EN LETTRES CAPITALES ET COCHER LES CASES

SAISON 2016 / 2017

N° de Licence |__|__|__|__|__|__|__| **Nouvelle Adhésion** ☐

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

Sexe : F |__| M |__| Date de naissance : |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__| (jj/mm/aaaa)

Nationalité |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse complète |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

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

Code Postal |__|__|__|__|__| Ville |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Adresse Email (obligatoire)
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de téléphone (portable) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (fixe) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Type de Licence choisie : ☐ Licence Athlé Découverte **Entraineur** : **Rosine / Dolorès**

TARIF : 100€ (moins de 5ans à la date du 1er septembre 2016)

Certificat médical : (Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport)
Pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Entreprise et Athlé Découverte (à partir de la catégorie Eveil Athlétique) et Athlé Running, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication **à la pratique de l'Athlétisme en compétition** datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.

Pour la Licence Athlé Santé et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement) le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'Athlétisme datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.

Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs :
Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné, |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, en ma qualité de|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (père, mère, ou Représentant légal) de l'enfant
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement

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)**

ENGAGEMENT Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la Fédération Française d'Athlétisme et ceux de la Fédération Internationale d'Athlétisme.

LICENCE ***Aucune licence ne sera avalisée sans ce formulaire complété et accompagné de la cotisation, du certificat médical, de 2 enveloppes timbrées à votre adresse, d'une photo d'identité, d'une photocopie du livret de famille concernant l'intéressé(e) ou de la photocopie de la carte d'identité.***

REDUCTION : Dégressivité des tarifs selon le nombre de personnes d'une même famille au club.
REGLEMENT : possibilité de régler la cotisation en plusieurs fois par chèque : ☐ 1 ☐2 ☐3
(Cocher la case correspondante)

Date et signature du Licencié :
(Des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)