



DROIT D'IMAGE : J'autorise expressément l'AGCV à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles je pourrais apparaître, prises à l'occasion de ma participation aux entraînements et courses, sur tous supports y compris les documents promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi, les règlements, les traités en vigueur, y compris pour les prolongations éventuelles qui pourraient être apportées à cette durée.

J'accepte l'utilisation de mon image

Je refuse l'utilisation de mon image

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE : Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@athle.fr

Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

J'accepte la transmission des informations

Je refuse la transmission des informations

ATHLETE MINEUR : AUTORISATION PARENTALE :

- Je soussigné,, en ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant.....déclare avoir pris connaissance des conditions d'organisation des entraînements, des déplacements et des séjours et autorise :
 - o le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ainsi que la sortie d'hôpital après examen et/ou réalisation des soins,
 - o un des membres de l'encadrement (dirigeant ou athlète ou autre parent) à transporter mon enfant dans son véhicule personnel ou autre moyen de transport.
- 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, représentant légal) de l'enfant..... autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.
- Je soussigné,, en ma qualité de (père, mère, représentant légal) de l'enfant..... autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.

Les enfants sont sous la responsabilité du club pendant les créneaux horaires d'entraînements. En dehors des horaires prévus pour les catégories encadrées, le club décline toute responsabilité.

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements du club et de la FFA.



CERTIFICAT MEDICAL

Obligatoire pour chaque création de licence, pour les enfants nés en 2008, les licenciés souhaitant changer de type de licence (vers une licence autorisant la compétition) et les licenciés qui renouvellent leur licence avec un certificat daté avant le 01/09/2016 :

Je joins un certificat médical datant de moins de 6 mois d'absence de contre-indication à la "Pratique du Sport en Compétition" pour les Licences Compétition FFA et Loisirs Running.

Je joins un certificat médical datant de moins de 6 mois d'absence de contre-indication à la "Pratique du Sport" pour les Licences Loisirs Santé (**pas de compétition autorisée**).

Dans le cadre d'un renouvellement de Licence et avec un certificat daté à partir du 01/09/2016, j'atteste avoir rempli en ligne sur mon espace personnel <http://www.athle.fr/acteur> le questionnaire de santé avec la réponse "non" à l'ensemble des questions ou je retourne au club une version papier du questionnaire de santé (un nouveau certificat médical peut alors n'être exigé que tous les 3 ans).

Date et signature du Licencié :

(des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur :

certifie que l'examen clinique ce jour de M. / Mme / Melle : _____

Né(e) le : _____/_____/_____

confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou 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, mêmes ponctuelles, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à _____, le ____/____/____ (pas antérieur au 1^{er} mai 2019)

Cachet et signature du Médecin



CADRE RESERVE AU SECRETARIAT

Cotisation licence	_ _ _	<input type="checkbox"/> Chèque n° _____ du ___/___/___ BQ : _____
Tickets tombola	_ _ _	Chèque n° _____ du ___/___/___ BQ : _____
Maillot	_ _ _	Chèque n° _____ du ___/___/___ BQ : _____
Total	 _ _ _ 	<input type="checkbox"/> Espèces _____ <input type="checkbox"/> Chèques Vacances _____
		<input type="checkbox"/> Tickets CAF _____ <input type="checkbox"/> Chèques Jeunes Collégiens _____
		<input type="checkbox"/> Tickets MSA _____ <input type="checkbox"/> Chèque Sport&Bien être _____
		<input type="checkbox"/> Coupons Sports _____ <input type="checkbox"/> Pass Sport Région Pays de Loire _____
<input type="checkbox"/> demande attestation de paiement.		
<input type="checkbox"/> refuse l'utilisation de mon image		
<input type="checkbox"/> refuse la transmission des informations		
Date de certificat médical ___/___/___	Date création licence ___/___/___	Date dépôt au trésorier ___/___/___