



S/L ARVE ATHLETISME BONNEVILLE PAYS - ROCHOIS

DEMANDE D'ADHESION AU CLUB ARVE ATHLETISME SAISON 2023 / 2024 Né(e)s en 2007 et avant

Montant de l'adhésion :145€ (Tarif unique compétition)

- Renouvellement d'Adhésion
 Nouvelle adhésion

N° de licence FFA
Photocopie de la carte Pass'Régiion + Code à 4 Chiffres

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS POURRONT ETRE ENREGISTRES

Nom Prénom

Né (e) le SEXE : F / M Nationalité

Adresse : (Si parents séparés, veuillez remplir deux feuilles distinctes)

Nom figurant sur la boîte aux lettres :

N°, Rue

CODE VILLE

TELEPHONE FIXE

PORTABLE DU PERE : PORTABLE DE LA MERE :

Courriel du responsable légal :

.....@.....

—► Dans un souci d'économie de papier, nous privilégions le courrier électronique.

Merci de fournir une adresse électronique que vous consultez régulièrement.

Merci d'écrire lisiblement afin d'éviter toute erreur de recopie de votre adresse électronique.

AUTORISATION PARENTALE (à remplir pour les athlètes mineurs)

Je soussigné (e), Représentant légal de ma fille / de mon fils

.....

L'autorise à adhérer au club ARVE ATHLETISME selon les conditions énumérées ci-dessous

SIGNATURE DE L'ATHLETE (à remplir par tous les adhérents)

Je soussigné (e),souhaite adhérer au club ARVE ATHLETISME pour la saison 2022/20223

Je m'engage à participer aux entraînements et aux compétitions au sein du club ARVE ATHLETISME.

Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club disponible sur le site arve-athle.com.

J'autorise les responsables du club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'incident ou d'accident qui surviendrait à mon enfant pendant les heures de fonctionnement du club (entraînements, compétitions, déplacements, ...)

J'autorise les responsables du club à utiliser les photos ou films de mon enfant prises dans le cadre de son activité athlétique pour toute publication servant à la promotion du club (internet, presse, magazine, ...).

J'autorise le club et la FFA à publier des données nominatives (nom, prénom, n° de licence, date de naissance) dans les résultats des compétitions auxquelles mon enfant aura participé.

(cf. « Informatique et Libertés », au dos)

Signature du représentant légal (athlètes mineurs)

SIGNATURE DE L'ATHLETE

LOI informatique et Libertés (loi du 6 janvier 1978)

Traitement des données par la **Fédération Française d'Athlétisme**

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le club ARVE ATHLETISME 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 à s'opposer au traitement et/ou à la publication de ces données pour des motifs légitimes.

A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cil@athle.fr

Ces données pourront en outre être cédées à des partenaires commerciaux de la FFA.

Veillez cocher la case si vous ne souhaitez pas que ces informations soient cédées aux partenaires de la FFA.

L'absence de réponse vaut acceptation.

Par ailleurs, il est rappelé que les résultats sur le site internet de la FFA. En prenant votre adhésion au club ARVE ATHLETISME, vous acceptez expressément la publication de vos données nominatives (nom, prénom, numéro de licence, date de naissance) dans les résultats des compétitions auxquelles vous aurez participé. Vous acceptez expressément que cette publication soit reproduite sur le site internet de la FFA ainsi que sur le site internet du club ARVE ATHLETISME.

Traitement des données par le club **ARVE ATHLETISME**

Votre adresse électronique sera ajoutée à une liste de diffusion à usage exclusif de la communication interne du club.

- Mon enfant prend un traitement médical spécifique (asthme, diabète, autres...). Je coche cette case et informe le Président et/ou l'entraîneur du groupe en début de saison.**

CERTIFICAT MEDICAL

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3

(A remplir ci-dessous ou à recopier à l'identique sous peine de non-validité légale du certificat)

Je soussigné, Docteur demeurant à

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle

Né (e) le / / demeurant à

.....

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

Fait à, le / /

Signature du médecin

Cachet du médecin

