



## **Bulletin d'adhésion – saison 2014-2015**

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Sexe** : F M **Date de naissance** : .....

**Adresse** : .....

.....

**CP** : ..... **Ville** : .....

**Téléphone** : fixe ..... Portable .....

**E-Mail (obligatoire)** : .....

**La licence est envoyée par mail par la Fédération Française d'Athlétisme.**

**Type de licence choisie :**

Licence Athlé Compétition 120 € Licence Athlé Running (loisir) et Découverte (EA et PO) 90 €

Pour 2 licences par famille : 10 % sur la deuxième

Pour 3 licences par famille : 20 % sur la troisième

Pour 4 licences par famille : 30 % sur la quatrième

**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, représentant légal) de l'enfant \_\_\_\_\_ autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang de l'enfant.

**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.

**Loi Informatique et libertés (Loi du 6 janvier 1978) :**

Le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle. Ces informations sont destinées à la Fédération Française d'Athlétisme et peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

**Autorisation parentale pour les athlètes mineurs :**

Je soussigné(e) Mme, M .....  
responsable légal de .....

autorise les responsable du CAV à prendre toutes les mesures ou décisions en cas de difficultés, blessures ou maladies lors des entraînements, compétitions et déplacements auxquels mon enfant participera.

J' autorise mon enfant à prendre place éventuellement dans une voiture particulière ou de location afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs, entraînements, au cours de la saison sportive 2014/2015.

**Date et signature du Licencié :**

(des parents ou du représentant légal pour les mineurs)

## Reprise des entraînements et inscriptions

**MERCREDI 10 SEPTEMBRE 2014 à 14 h 15**

### **Les Catégories d'âge 2014**

(valable jusqu'au 31 octobre 2014, ces catégories changeront le 1er novembre 2014)

CATEGORIE	CODE	ANNEE DE NAISSANCE
Vétérans	VE	1974 et avant
Seniors	SE	1975 à 1991
Espoirs	ES	1992 à 1994
Juniors	JU	1995 et 1996
Cadets	CA	1997 et 1998
Minimes	MI	1999 et 2000
Benjamins	BE	2001 et 2002
Poussins	PO	2003 et 2004
École d'Athlétisme	EA	2005 et après

	EA	PO/BE	MI à VE Compétition	Adultes	Trail
Lundi				17h30 - 19h00 <i>débutants</i>	
Mardi					18h30 - 20h00
Mercredi	14h30 - 15h30	14h30 - 16h00	16h30 - 18h00		
Jeudi				18h00 - 19h30	
Samedi				15h00 – 16h30 <i>+ BE à VE compétition</i>	

**Documents à fournir pour l'inscription : L'inscription ne sera valide que si le dossier est complet.**

- ✓ Bulletin d'adhésion rempli et signé.
- ✓ Certificat médical avec mention « apte à la pratique de l'athlétisme y compris en compétition » **datant de moins de 3 mois.**
- ✓ Cotisation : chèque (possibilité 2 versements identiques), espèces, chèques vacances, coupons sport.
- ✓ Fiche d'urgence pour les mineurs.

**Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et l'enfant ne pourra pas assister aux entraînements.**

## FICHE D'URGENCE

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : F      M      Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

En cas d'accident, le club s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Pour faciliter notre tâche, merci de renseigner les numéros de téléphone suivants :

- Domicile .....
- Portable (père)..... (mère).....
- Travail du père : ..... .....
- Travail de la mère : ..... .....
- Nom et numéro d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

.....

Observations que vous jugez utiles de porter à notre connaissance (allergies, précautions particulières à prendre ...)

.....

.....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....