

photo ni collée ni agrafée
coordonnées au dos :
Nom, prénom, date naissance
 j'accepte que ma photo
soit chargée sur le logiciel
fédéral de gestion de
licence.
Pas de photo si déjà fournie
En 2013 ou avant

DEMANDE DE LICENCE 2014

1 RENOUELEMENT

2 NOUVELLE (jamais licencié)

3 MUTATION

NOM DU CLUB : Boules Joyeuses QF N° informatique : 0711 Date : 26/10/13

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et atteste :

Avoir été informé qu'avec la licence, j'adhère simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit par la F.F.P.J.P, de son coût et de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels (non obligatoire)

Si je ne souhaite pas souscrire cette assurance de personne, je coche cette case

Avoir été informé de l'intérêt de souscrire les garanties complémentaires optionnelles, accidents corporels, correspondant à l'option "avantage" de la compagnie d'assurance, conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport. (notice auprès du club)

Signature du demandeur

NUMERO DE LICENCE :

NOM

PRÉNOM SEXE M / F

Né(e) le NATIONALITÉ F / E / EU

ADRESSE

CP... VILLE ...

TELEPHONE

ADRESSE MAIL

Boules Joyeuses
QUINT-FONSEGRIVES
Siège social: Boule d'Orme
TAMERON et signature du CLUB
Route de la Saune
31130 QUINT-FONSEGRIVES

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

M^{me}/M.....

père mère tuteur légal

demeurant à

Nom et Tél des personnes à contacter en cas de besoin:

autorise (mon fils, ma fille)

à participer à toutes les compétitions auxquelles la F.F.P.J.P l'aura engagé(e) et à être transporté(e) par autobus, ou par voitures particulières de dirigeants ou de bénévoles de l'association (éducateurs, initiateurs, etc)

J'autorise d'autre part les responsables à prendre toute mesure qui pourrait s'avérer nécessaire pour assurer la sécurité de mon enfant.

Je reconnais avoir été averti par le Comité Départemental que dans l'hypothèse où mon enfant mineur serait l'auteur de dégradations, vols ou de tout autre acte répréhensible ma responsabilité se trouverait engagée.

En cas de besoin de soins spécifiques, joindre les indications correspondantes.

Fait à..... le / ... / ...

Signature (précédée de la mention lu et approuvé)

CERTIFICAT MEDICAL

(Pris de l'application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport. Loi sur les APS - obligatoire pour toute première licence et pour tout licencié participant à toute compétition officielle)

Je soussigné(e),

Docteur

certifie que

M./M^{me}/M^{lle}

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique de la Pétanque et du Jeu Provençal.

Fait à

le / /

Cachet et Signature

Les données personnelles figurant sur ce document font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement de gestion des licences. Elles sont destinées aux Clubs, Comités, Liges et FFPJP et, sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ses droits et obtenir communication des informations en s'adressant au siège de la F.F.P.J.P, 13 rue de la Saune 13002 MARSEILLE courriel : ffpjp.siege@petanque.fr

Le demandeur est susceptible de recevoir des offres commerciales de partenaires commerciaux de la F.F.P.J.P.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez