DEMANDE DE LICENCE 2017

Je fournis une photo d'identite et j'accepte d être phographié pour que ma photo soit chargée sur le logiciel fédéral de gestion des licences.

SECTEUR 4 vallées

CLUB MONTBERON

N° INFORMATIQUE 0345

CREATION ☐ **REPRISE** ☐ **MUTATION** ☐ **PERDUE** ☐

NOM ……… **PRENOM** ……

DATE DE NAISSANCE…… **SEXE** ☐☐ **NATIONALITE** **F** ☐ **U** ☐ **E** ☐

ADRESSE ……

TELEPHONE …… **MAIL** ……

N° DE LICENCE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CLASSIFICATION E ☐ H ☐ P ☐

Le demandeur est susceptible de recevoir des offres commerciales des partenaires commerciaux de la FFPJP.

Si vous ne le souhaitez pas , cochez cette case ☐

Les données personnelles figurant sur ce document font l'objet de traitements informatiques aux fins de gestion des licences .Elles sont destinées aux clubs,comité ,ligues et FFPJP et sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires.Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janv 1978, le demandeur béneficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent.
Il peut exercer ses droits et obtenir communication des informations en s'adressant communication des informations en s'adressant au siège de la FFPJP 13 Rue Trigance 13002 MARSEILLE .. Courriel: ffpjp.siège@petanque.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné , certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste:

☐ avoir été informé qu'avec la licence, j'adhère simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de MMA Assurances par la FFPJP conformément à l'art L321.1 du Code du Sport, des garanties qu'il contient et de la possibilité de renoncer à l'assurance de base accordée en cas d'accidents corporels.
NB : Le coût de cette assurance non obligatoire accordée en base dans la licence est de 0,35€ (incluant frais et taxes).
Si vous souhaitez renoncer à l'assurance de base"accident corporel", cocher 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 MMA conformémént à l'art L 321-4 du Code du sport (Cf bulletin d'adhesion au verso)

SIGNATURE DU JOUEUR ou du REPRESENTANT LEGAL

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné ……père, mère, tuteur légal , autorise le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, à pratiquer la Pétanque et le Jeu Provençal au sein de l'association ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.

Personnes à contacter en cas d'accident :

Nom Père		**TELS**	
Nom Mère			
Tuteur légal			
Médecin traitant			

ATTENTION -CERTIFICAT MEDICAL… *OBLIGATOIRE POUR TOUTE DEMANDE*

Je soussigné , Dr ……certifie que

Mme, Mr ……
ne présente aucune contre indication apparente à la pratique de la Pétanque et du Jeu Provençal.

Date de l'examen :

Signature et Tampon