|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| coq2007 | **Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal**  **COMITE DEPARTEMENTAL du CHER**  **SAISON 2020** | coq2007 |

**CREATION REPRISE DUPLICATA MUTATION**

(Cochez case correspondante)

Nom…………………………………………………..……………………………...

Prénom*………………………………………………..………………………………...*

Date de naissance ………………

Sexe M F NATIONALITE F U E

Adresse………………………………………………………………………………………...

Code Postal……………… Ville………………………………………….*…………………..*

Courriel ……………………………………………………………………………………….

**CLASSIFICATION**

N° de licence

ELITE HONNEUR PROMOTION

Je fournis une PHOTO D'IDENTITÉ et j’accepte d’être photographié pour que ma photo soit chargée sur le logiciel fédéral de gestion des licences.

**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 cette case**

|  |
| --- |
| CERTIFICAT MEDICAL |
| Obligatoire pour 1ère licence FFPJP (soit un joueur n’ayant jamais été licencié à la F.F.P.J.P.) et pour la pratique en compétition  Je soussigné, Dr ………………………………………………..certifie que le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, ne présente aucune contre-indication à la pratique 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.  Date del’examen : **Signature et tampon du médecin** |

|  |
| --- |
| 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.  Personne à contacter en cas d’accident : (Nom :……………………………………………..Tél : …………………… |

|  |
| --- |
| ATTESTATION SUR L’HONNEUR |
| Je soussigné(e), 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 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 personnes, cochez cette case**   * Avoir été informé de l'intérêt **de souscrire les garanties complémentaire optionnelles,** accidents corporels, correspondant à l'option "avantage" de la compagnie d'assurance, M.M.A conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport.   SIGNATURE DU JOUEUR  ou du REPRESENTANT LEGAL |