

Formulaire de demande de Licence Club Saison 2018 (du 01/01/2018 au 31/12/2018)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/___

Lieu : _____ Nationalité : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

Tél portable : ___/___/___/___/___ Email : _____@_____ Ancien N° licence : _____

Taille tee-shirt : _____ Je refuse que mon adresse mail soit communiquée aux partenaires et organisateurs de la FSLC

Activité principale : Canicross CaniVTT Ski-Joering Canimarche Pédicyle

Tarif Licence :	FSLC	Club
Compétition Adulte (né en 1998 et avant)	25 €	12 €
Compétition Enfant et junior (né en 1999 et après)	12 €	8 €
Canimarche	8 €	8 €
Dirigeant (à partir de 16 ans)	8 €	8 €
Total FSLC		Total club

Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance des garanties incluses dans le contrat d'Assurance Fédéral ainsi que des options facultatives d'assurance individuelle qui me sont proposées..

CESSATION DU DROIT A L'IMAGE

Par la signature du présent formulaire de demande de licence à la FSLC, chaque titulaire d'une licence fédérale autorise expressément la FSLC ainsi que ses partenaires et média à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles il pourrait apparaître, prises à l'occasion de sa participation à des épreuves inscrites au calendrier officiel fédéral, sur tous les supports, y compris promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi, les règlements, les traités en vigueur, y compris pour des prolongations éventuelles qui pourraient être apportées à cette durée

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à respecter la Réglementation Générale Fédérale

A le

Signature du demandeur :

Autorisation parentale si le demandeur est mineur, signature :

Le
Signature et cachet du club

Pour les non-licenciés à joindre obligatoirement avec le formulaire rempli et signé à Jacques ADAM 50 rue du Wolfhag 68360 SOULTZ

- Le certificat médical ci-dessous et datant de - de 1 an (sauf Dirigeant).
- Le règlement par chèque à l'ordre de **Spiridon Club d'Alsace**
- 1ere demande, joindre photocopie recto verso de la carte d'identité

Certificat médical

Je soussigné Docteur en médecine : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle:

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ___/___/___

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du sport y compris en compétition.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le dopage (AFLD) une déclaration d'usage ou une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à : _____, le ___/___/___

Cachet et signature du médecin :