


 1 ère Inscription

 Réinscription Licence n°

NOM **Prénom**

SEXE M F **Né(e) le**

IMPORTANT : Ecrire ou modifier lisiblement vos coordonnées / cocher le courriel et téléphone qui figureront sur la licence

Pour les mineurs, indiquez le (s) Représentant (s) Légal (aux)

NOM et Prénom Tél. / / / /

Courriel

Adresse

Ville Code Postal

NOM et Prénom Tél. / / / /

Courriel

Adresse

Ville Code Postal

Médecin Traitant / NOM et Prénom

Type certificat Tél. / / / /

	Enfant (1)	Adulte (2)	Famille (3)	CADRE RESERVE AU CLUB
Licence + cotisation FFME et CT24 + responsabilité civile	<input type="checkbox"/> 41,00 €	<input type="checkbox"/> 55,50 €	<input type="checkbox"/> 27,00 €	
Garanties de base (CF bulletin adhésion FFME, 1 choix obligatoire)	BASE <input type="checkbox"/> 12,50 €	<input type="checkbox"/> 12,50 €	<input type="checkbox"/> 12,50 €	
	BASE + <input type="checkbox"/> 15,50 €	<input type="checkbox"/> 15,50 €	<input type="checkbox"/> 15,50 €	
	BASE + + <input type="checkbox"/> 22,50 €	<input type="checkbox"/> 22,50 €	<input type="checkbox"/> 22,50 €	
option assurance (cf bulletin adhésion ffme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adhésion CLUB	<input type="checkbox"/> 74,00 €	<input type="checkbox"/> 68,00 €	<input type="checkbox"/> 66,00 €	
Séance découverte (assurance comprise) 7,50€ X =	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tarif TTC par an et par personne			TOTAL	
REDUCTION CAF (4) joindre attestations = (TOTAL sauf options) /2				=
20 euros de REDUCTION COVID-19 POUR LES LICENCIÉS SAISON 2019-2020 au choix: déduire 20€ (-20) ou en faire don au club(-0).				=
			TOTAL	=

(1) - de 18 ans au 31/08/2021

(2) Attention si 18 ans avant le 31/08/2021

(3) Licence : Application des directives de la ffme, réduction à partir de la 3 ème licence *

* indiquer nom et prénom des 2 autres :

Pièces à fournir et mention à cocher pour valider l'inscription

- Bulletin n°1 d'Adhésion au contrat d'Assurance FFME rempli dont vous avez reporté vos choix ci-dessus
- Certificat Médical pour la 1ère inscription (valable 3 ans)
- Attestation CAF si résidence à Boulazac-Isle-Manoire + Prime de Rentrée scolaire pour réduction (4)
- Je **renouvelle** ma licence, et j'atteste n'avoir que des réponses négatives au "questionnaire de santé" du cerfa n° 15699*01. Dans le cas contraire, je dois joindre le cerfa signé accompagné d'un certificat médical.
- J'autorise le club à diffuser les photographies du licencié concerné sur tous supports de communication à des fins non commerciales.
- En cochant cette case, je reconnais avoir lu et accepté le règlement intérieur du club et le protocole sanitaire. Ils sont consultables à la salle d'entraînement et téléchargeables sur le site Internet du club.

NOUS NE RÈCUPÈRONS QUE LES DOSSIERS COMPLETS-DATÈS et SIGNÈS

Date Signature du responsable légal

Partie réservé au Club SAISIE LE

LICENCE N° TYPE :

REPARTITION LICENCE PART FFME PART CLUB

PAIEMENT

ARS/CAF COUPON SPORT : ESPECE :

CHEQUE (n°+€+Nom) :

CHEQUE (n°+€+Nom) :

CHEQUE (n°+€+Nom) :