



Entente Athlétique le Creusot SAISON 2012

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION



Remplir en Lettres Capitales et cocher les cases

Renouvellement : n° de licence (si renouvellement) Nouvelle adhésion :

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Adresse Email : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone (portable) : _____

Type de Licence choisie :

Licence Athlé-Compétition Licence Athlé-Santé-Loisir Licence Athlé-Découverte

Licence Athlé-Encadrement Adhésion Amis de l'Athlé

Nationalité : _____

Date du Certificat médical : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

Certificat médical : (Article L3622 et suivants du Code de la Santé Publique modifié par la loi 2006-45)

Pour les Licences Découvert, Loisir et Compétition, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition datant de moins de trois mois.

Signature du Licencié (des parents ou représentant Légal si le licencié est mineur)		Date ____ / ____ / ____	
---	--	---------------------------------------	--

Réservé au club

N° de licence : Catégorie :

Date du certificat médical :

Mode de paiement : Chèque : euros

• Espèces : euros

• Bons vacances : euros

• Autres : : euros

Total : euros

Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

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

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à **la pratique de l'Athlétisme en compétition.**

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier 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 du Médecin et Signature du médecin

AUTORISATION PARENTALE POUR LES ENFANTS MINEURS

Je soussigné,autorise mon fils – ma fille (rayer la mention inutile)

À pratiquer l'athlétisme au sein de l'EALC.

Date

Signature