

DEMANDE DE LICENCE

2019-2020

NOM DU CLUB : RMA

ADHÉRENT

Nom :		Prénom :	
Sexe (H/F) :		Date de naissance :	
Ville et pays de naissance :			
Département de naissance :		Nationalité :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone :		Portable :	
Courriel :			

Déclare :

- Avoir pris connaissance des notices d'informations jointes à ce document relatives aux contrats d'assurances souscrits par la FFPM, avoir été informé(e) de l'intérêt que présente la souscription de garanties individuelles complémentaires et des garanties proposées en ce cas, avoir été informé(e) de la possibilité d'exprimer toute demande de conseil auprès du siège de la FFPM.
- Avoir pris connaissance du formulaire de cession de droit à l'image et l'avoir accepté.
- Avoir été informé(e) sur la protection des informations me concernant et qui font l'objet de traitements informatiques, ainsi que sur les droits d'accès et de rectification de ces données.

Date :

Signature de l'adhérent ou responsable légale pour les mineurs

Pour les athlètes licenciés en 2017-2018 :

Un nouveau certificat médical sera demandé dans 1 an soit pour la saison **2020/21**

Le questionnaire QS SPORT est rempli depuis la saison **2017/18** et conservé par le licencié qui donne au club l'attestation (majeur ou mineur).

Pour les athlètes licenciés en 2018-2019 :

Un nouveau certificat médical sera demandé dans 2 ans soit pour la saison **2021/22**

Le questionnaire QS SPORT est rempli et conservé par le licencié qui donne au club l'attestation (majeur ou mineur).

Dans les 2 cas ci-dessus, si l'athlète a répondu par "OUI" à une ou plusieurs questions du QS un nouveau certificat médical est à fournir.

Pour les nouveaux licenciés et ceux licenciés en 2016-17 n'ayant pas présenté de nouveau certificat médical :

Ils doivent fournir au club un certificat médical qui sera valable 3 ans soit jusqu'à saison **2021/22** et remplir à partir de la saison prochaine le questionnaire QS SPORT et l'attestation (majeur ou mineur).

A PRESENTER A UN MEDECIN (POUR LES NOUVEAUX LICENCIÉS)

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Certifie avoir examiné

(nom, prénom, date de naissance)

Et atteste n'avoir constaté ce jour aucun signe de contre-indication à la pratique du Pentathlon Moderne en compétition.

Date, signature et cachet du médecin

POUR LES MAJEURS OU LE REPRESENTANT DE L'AUTORITÉ PARENTALE POUR LE MINEUR

Je soussigné(e)

Né(e) le

Exerçant l'autorité parentale de l'enfant

Demeurant (adresse complète)

.....

INFORMATIONS SUR LES CONTRATS D'ASSURANCES SOUSCRIT PAR LA FFPM

DECLARE : avoir pris connaissance des notices d'information relatives aux contrats d'assurances souscrits par la FFPM auprès du Groupe Mutuelle des Sportifs (MDS) et MDS Conseil :

- en responsabilité civile (art L.321-1 et D.321-1 du code du sport),
- en individuelle accident et assistance

RECONNAIT :

- avoir été informé(e) par la notice jointe ce document de l'intérêt que présente la souscription de garanties individuelles complémentaires aux garanties proposées,
- avoir été informé(e) de la faculté de renoncer aux garanties souscrites à mon compte par la fédération,
- avoir été informé(e) que toute demande de conseil complémentaire peut être exprimée auprès de la FFPM, (01 58 10 06 66, e-mail : federation@ffpentathlon.fr).

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES INFORMATIONS LIEES A L'ETABLISSEMENT DE LA LICENCE

DECLARE :

- Avoir été informé(e) :
 - que les informations recueillies sont nécessaires à l'adhésion à la FFPM,
 - que celles-ci font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de la FFPM, et du Ministère de la Santé et des Sports,
 - qu'en application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je (il) bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me (le) concernent.

La FFPM S'ENGAGE à communiquer à tout requérant les informations le (la) concernant afin que celui-ci (celle-ci) puisse exercer son droit d'accès et de rectification sur simple demande à la FFPM (tel : 01 58 10 06 66, courriel : federation@ffpentathlon.fr).

AUTORISATION DE REPRODUCTION ET DE REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIES ET/OU D'IMAGES VIDEO-SON

ACCEPTTE :

- d'être (qu'il/elle soit) photographié(e), filmé(e) ou enregistré(e) lors des entraînements dispensés en club, en pôle ou en stage et organisés dans le respect des statuts et règlements de la FFPM,
- d'être (qu'il/elle soit) photographié(e), filmé(e) ou enregistré(e) lors des compétitions ou manifestations organisées et/ou autorisées par la FFPM ou l'UIPM.

AUTORISE la FFPM et ses organes déconcentrés à reproduire ou représenter un/des documents indiqués ci-dessus (photographie, enregistrement vidéo, son, vidéo-son) dans ses outils de communication et/ou de promotion, sur tout support connu et utilisé à ce jour, ou sur tout support inconnu à ce jour qui pourra être utilisé par la FFPM et ses organes déconcentrés après autorisation de leur comité directeur.

M'ENGAGE à ne prétendre à aucune rémunération liée à l'utilisation et à la diffusion d'un document me (le) concernant.

La FFPM ET SES ORGANES DECONCENTRES S'ENGAGENT à respecter le droit à l'image concernant ma (la) vie privée et/ou ma (la) dignité dans le cadre de la loi du 17 juillet 1970 "tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens" intégrée à l'article 9 du Code Civil qui affirme le principe selon lequel "la représentation d'une personne clairement identifiée suppose son autorisation expresse sous peine de porter atteinte à son droit à l'image". La FFPM et ses organes déconcentrés affirment le principe selon lequel "la représentation d'une personne clairement identifiée suppose son autorisation expresse sous peine de porter atteinte à son droit à l'image".

Date et signature du demandeur ou du (des) représentants légal(s) pour les mineurs