

DEMANDE DE LICENCE

2020-2021

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 avec certificat médical en 2018-2019 :

Un nouveau certificat médical sera demandé dans 1 ans soit pour la saison **2021/22**

Le questionnaire Q5SPORT est rempli et conservé par le licencié qui donne au club l'attestation (majeur ou mineur).

Pour les athlètes licenciés avec certificat médical en 2019-2020

Un nouveau certificat médical sera demandé dans 2 ans soit pour la saison **2022/23**

Le questionnaire Q5SPORT 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 2017-18 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 **2022/23** et remplir à partir de la saison prochaine le questionnaire Q5SPORT 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