

RUNNING TRAIL THIERACHE

Siège : 38 bis, rue Cocreaumont, 02 830 St MICHEL

Secrétariat :

11, rue Jean Racine, 02 140 VERVINS

contact, Peggy FOUCAUT 06.31.78.36.41.



Ville de
St MICHEL



DEMANDE D'ADHESION 2022/2023

Pour les athlètes déjà licenciés la saison dernière

n° de licence : _____ et n° du club d'origine : _____

Nom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Prénom : _____

Sexe : F M

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél domicile : _____ Portable : _____

Adresse e-mail (*impératif pour la saisie informatique de votre licence FFA dématérialisée*) :

_____ @ _____

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom & Prénom : _____

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Assurances : Le club a choisi l'assurance responsabilité civile (RC) de la FFA qui propose, par l'intermédiaire de la MAIF (courtier : AIAC), une assurance individuelle accident de base et assistance couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposés les licenciés dans la pratique de l'athlétisme. Le prix de la licence reste inchangé avec ou sans cette assurance de base.

- J'accepte l'assurance individuelle accident et assistance proposée
- Je refuse l'assurance et reconnais avoir été informé des risques encourus pouvant porter atteinte à mon intégrité physique lors de la pratique de l'athlétisme.

Toutes les dispositions de cette assurance sont consultables sur le site www.athle.fr rubrique Assurances.

Le soussigné déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposée ci-dessus et des garanties optionnelles complémentaires proposées qu'il recevra en même temps que sa licence, par courrier électronique.

Loi Informatique et Libertés : Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le Club ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@athle.fr Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

- J'accepte la transmission des informations
- Je refuse la transmission des informations

Le soussigné s'engage à respecter les statuts et règlements de la fédération française et internationale d'athlétisme ainsi que le règlement intérieur du RUNNING TRAIL THIERACHE approuvé lors de l'assemblée générale constitutive du 12/07/2018.

Date et signature de l'adhérent (obligatoire) :

A _____, le ____ / ____ / 20__

Pièces à fournir impérativement :

- Demande d'adhésion complétée et signée,
- photocopie recto verso de la carte d'identité,
- certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition datant de moins de 6 mois pour les nouveaux licenciés (modèle joint) OU , pour les renouvellements, le questionnaire de santé à votre nom dûment rempli. Ce questionnaire vous sera envoyé par la fédération dès que vous aurez répondu au mail transmis en juin : 'renseignez votre questionnaire de santé'. Si vous ne disposez pas de ce questionnaire à la rentrée, le certificat médical restera obligatoire.
- règlement à l'ordre du RUNNING TRAIL THIERACHE.

Cotisations annuelles :

- licence Athlé Running 45 euros
- licence Compétition 80 euros

Jours & Horaires :

- mardi et jeudi de 18h30 à 20h00
- séance libre proposée le dimanche

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT

Je soussigné(e), _____,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

Mr/Mme _____

Né(e) le _____

et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la
pratique de la course à pied en compétition.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et

remis en mains propres le _____

à _____

Signature et Cachet du Médecin