



FLERS ATHLETIC CLUB

Stade municipal du Hazé - 61100 FLERS

DEMANDE D'ADHESION 2026-2027

--- LOISIR non FFA ---

NOM de naissance : Non d'usage : Sexe : ☐ Fém.
Prénom : ☐ Masc.
Date et Lieu de naissance : Nationalité* :
(* obligatoire de fournir la photocopie de la carte d'identité, à défaut du livret de famille)
Adresse :
..... Téléphone(s) :

Discipline principale :
Disciplines 2ndaires :
Votre adresse E-MAIL (obligatoire et écriture lisible SVP) :

Le
Signature* :

(* des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)

AUTORISATION DES PARENTS (pour les mineurs)

Je, soussigné Mme, M. responsable légal de

..... (père, mère, représentant légal*) l'autorise à pratiquer l'athlétisme, le cross au sein du club de Flers-Athlétic Club. De plus, j'autorise le club à utiliser les photos et images de mon enfant pour illustrer sur internet ou dans la presse les valeurs sportives du club* (* Rayer cette phrase si vous n'êtes d'accord)

Le
Signature :

Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je, soussigné,

Mme, M., en ma qualité de (père, mère,

représentant légal*) de l'enfant autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang en cas de contrôle anti-dopage.

Le
Signature :

Renseignements : bureau 06 89 74 45 49

Site internet : <https://flers-athletic-club.com/>

facebook : Flers Athlétic Club

Feuille à retourner accompagnée de la cotisation annuelle de 38 euros et du Pass Prévention Santé à : Flers Athlétic Club, 18 rue P. de Coubertin, 61100 FLERS

CERTIFICAT MEDICAL
pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport
sera à faire remplir si vous n'obtenez pas la Pass Prévention Santé

Je, soussigné Docteur certifie avoir examiné ce jour :

Mme/Mlle/M. et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique du sport **en compétition*** (* rayer « en compétition » pour une demande de licence Athlé Santé)

J'informe mon patient de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande 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.

Le

Signature et cachet du médecin:

~~~~~  
**DECHARGE RESPONSABILITE TRANSPORT MINEUR**

Je, soussigné Mme, M. .... responsable légal de .....

..... (père, mère, représentant légal\*) déclare décharger toute personne susceptible de transporter mon enfant avec son véhicule personnel dans le cadre des pratiques d'activités sportives du club Flers Athlétic Club. (\* Rayer les mentions inutiles)

Le .....

Signature :