



Club Athlétique Sport Avignonnais

STADE LUCIEN GILLARDEAUX-140 avenue de Tarascon-84 000 AVIGNON*casavignon@outlook.fr*

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2019-2020

CHOIX de la Licence Athlé (entourez):

- * (1) Compétition
- * Running
- * Découverte(EA/PO)
- * (2) Santé
- * Découverte(Baby)
- * (3) Encadrement

Loi « Informatique et libertés » Loi du 6 janvier 1978 :Le soussigné dispose d'un droit d'accès et de rectification aux informations portées sur sa fiche individuelle.

* Ces informations sont destinées à la FFA et peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

E-mail Impératif pour recevoir votre licence FFA et les infos du CASA		Si déjà licencié FFA : → (y compris au CASA)		Nom de votre dernier club:	dernière Année :	NUMÉRO DE LICENCE:
NOM :			PRÉNOM :			
Sexe(entourez)	H / F	Date de naissance :	Ville(naiss.):			
adresse :						
commune :		Code postal:		Nationalité :		

Au moins un numéro est requis.	Athlète	Père ou autre responsable*	Mère ou autre responsable*	Dossier remis à:	Mode de paiement : (entourez le mode ou cocher)
Mobile :				Le: remarque:	<input type="checkbox"/> 1 chèque
Fixe ou autre mobile :					<input type="checkbox"/> Plusieurs chèques
Nom & prénom :					<input type="checkbox"/> Espèce
Profession :					<input type="checkbox"/> Coupons ANCV
Nom&Ville de votre école ou collège ou lycée ou autre :					<input type="checkbox"/> Chèques loisirs caf Avignon <input type="checkbox"/> Autre

AUTORISATIONS & engagements de l'athlète (à partir des cadets) SOMME

Je soussigné(e)** :
autorise :

1) les responsables du C.A.S.A, ainsi que les accompagnateurs bénévoles à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgences en ce qui concerne, les entraînements, les stages, les différentes animations, les déplacements et les compétitions.

2) *le CASA à utiliser mon image dans le cadre de ses actions, site internet, affichage ou toutes autres actions promotionnelles. (À l'exclusion de toute utilisation à titre commercial)

3) la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang ceci conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage.

4) Par la prise de cette licence, je m'engage à participer à toutes les compétitions obligatoires proposées par le CASA (départementaux, 2 tours d'interclubs, challenge par équipe...) dans la mesure de mes possibilités, et à respecter les statuts et le règlement intérieur du club ainsi que ceux de la FFA.

Fait à _____ le _____
Pour servir et valoir ce que de droit. **Signature**

- Pièces fournies(cocher)---
- Feuille d'inscription complètement remplie
 - Adresse mail renseignée de manière lisible
 - *Certificat médical ou le questionnaire de santé FFA
 - Autorisation parentale signée
 - Engagement signé(à partir de cadet)
 - Règlement de la cotisation
 - Photocopie de la carte d'identité (pour les nouveaux)
 - Pièces supplémentaires pour les étrangers

AUTORISATIONS PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e)** :
agissant en la qualité de (père,mère,représentant légal)*
de l'enfant** autorise

1) les responsables du C.A.S.A, ainsi que les accompagnateurs bénévoles à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgences en ce qui concerne, les entraînements, les stages, les différentes animations, les déplacements et les compétitions.

2) mon enfant à monter à bord du véhicule de l'entraîneur ou des membres du club lors des déplacements pour les événements sportifs (compétitions, stages, animations,...).

3) *le CASA à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre de ses actions, site internet, affichage ou toutes autres actions promotionnelles. (À l'exclusion de toute utilisation à titre commercial)

4) la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang ceci conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage.De plus je m'engage à favoriser la participation de mon enfant aux compétitions privilégiées par le CASA.

Fait à _____ le _____
Pour servir et valoir ce que de droit. **Signature**
(père,mère, représentant légal)*

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur**

certifie que**

Ne présente pas à ce jour de contre indication à la pratique de l'Athlétisme **en compétition**.

Date :

Signature et cachet du Médecin

(cf en haut à droite).

* rayer éventuellement la mention . **prénom et nom