

FICHE D'INSCRIPTION – 2019/2020

Club Athlétique Bigouden



1° Adhésion au CAB ou Renouvellement N° Licence FFA:.....
 Licence Compétition (certif médical) ou Licence Encadrant (pas de certif)
"Questionnaire Santé" ou "Certificat Médical" daté du : ___ ___ 2019

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le : ___ / ___ / ___ Sexe : M F

Adresse :

{ : _____ ou _____ ou _____

@(s) :

TARIF DES ADHESIONS : le changement de catégorie se fera le 31 octobre 2019- (catégorie septembre 2019)

- Benjamin (08/07) ; Minimes (05/06) ; Cadet (04/ 03) ; Junior (02/01) ; Espoir (00/99/98) : **130 €**
 - Senior (97/80) ; Master (1979 et avant) : compétition ou découverte : **130 €**
 - Pour les familles : la deuxième adhésion et les suivantes (la première sera au tarif de la plus élevée) : **90 €**
 - Dirigeant, Entraîneur : **70 €**
- Payement par chèque à l'ordre du CAB – si payement par chèques vacances : **134€**

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

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____

Bénévole aux organisations de l'année - Athlètes ou Parents d'athlètes

Afin d'assurer l'équilibre financier, le club organise 4 ou 5 manifestations sportives ou extra-sportive.
J'accepte d'être contacté par le CAB pour répondre aux appels aux bénévoles :

Oui Non Signature : _____

IMPORTANT : Cette fiche doit être jointe à **Mr Pierre COCHOU – 13 rue des Bruyères 29710 Plogastel-St Germain** par la poste avec :

- + Payement d'adhésion par chèque(s) à l'ordre du Club Athlétique Bigouden (encaissement en 3 fois possible)
- + Certif médical ci-contre ou celui de votre médecin pour **les nouveaux licenciés**.
ou Pour **un renouvellement** de licence soit un nouveau certificat soit la validation du questionnaire santé sur <http://www.athle.com/acteur> avant votre renouvellement.
- + Pour **les nouveaux Benjamins (08/07) et Minimes (05/06)** joindre une photo d'identité.

Si problème, posez vos questions au secrétaire sur cabigouden@orange.fr

CERTIFICAT MEDICAL

(pris en application des articles L.231-2 et L231-3 du code du Sport)

Je, soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

NOM _____

Prénom : _____

Né(e) le : ___ / ___ / ___ / Demeurant à : _____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour de contre-indication à la **pratique de l'athlétisme en compétition**.

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de lutte contre le Dopage un dossier 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.

DATE

SIGNATURE

CACHET

Validité du certificat médical : moins de 6 mois à la date de l'inscription