

FICHE D'INSCRIPTION – 2021/2022

Club Athlétique Bigouden

Be-Mi-Ca-Ju-Es-Se-Ma



1° Adhésion au CAB ou Renouvellement N° Licence FFA:.....
 Licence Compétition (certif médical) ou Licence Encadrant (pas de certif)
"Questionnaire Santé FFA validé" ou "Certificat Médical" daté du : ___ ___ 2021

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le : _____ Sexe : M F

Adresse :

.....

{ : _____ ou _____ ou _____

@(s) :

.....

TARIF DES ADHESIONS : le changement de catégorie se fera le 1^{er} Novembre 2021 – Catégorie 2021/2022

- Be (10/09) ; Mi (08/07) ; Cadet (06/05) ; Ju (04/03) ; Es (02/01/00) ; Se (99/88) ; Ma (87 et avant) :

- Licence compétition officielle (toutes catégories) : **130 €** ou **110 € pour un renouvellement de 2021**

- Pour les familles la deuxième adhésion et les suivantes : **90 €**

- Dirigeant, Entraîneur : **80 €**

- Licence Running : **100 €** (à partir de la catégorie Se)

Payement par chèque à l'ordre du CAB en une fois, deux ou trois fois.

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

Fait à : _____ Le : _____ Signature : _____

Bénévoles 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-sportives.

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 (10/09) et Minimes (08/07)** 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