

FICHE D'INSCRIPTION – 2022/2023

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 : ___ ___ 2022

NOM : _____

PRENOM : _____

Né(e) le : _____ Sexe : M F

Adresse :

.....

{ : _____ ou _____ ou _____

@(s) :

.....

TARIF DES ADHESIONS : le changement de catégorie se fera le 1^{er} septembre 2022 – Catégorie 2022/2023

- Be (10/11) ; Mi (08/09) ; Cadet (06/07) ; Ju (04/05) ; Es (03/02/01) ; Se (89/00) ; Ma (88 et avant) :

- Licence compétition officielle (toutes catégories) : **140 €**

- Pour les familles la deuxième adhésion et les suivantes : **100 €**

- Dirigeant, Entraîneur : **60 €**

- Licence Running : **110 €** (à partir de la catégorie Senior)

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

Bigouden : IBAN : FR76 1290 6000 4004 0992 3000 383 BIC : AGRIFRPP829

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 :**

+ Paiement d'adhésion à l'ordre du Club Athlétique Bigouden

+ Certif médical si nécessaire ci-contre ou celui de votre médecin.

+ questionnaire santé à valider sur <http://www.athle.com/acteur> ou document papier ci-joint complété

+ 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** ou du sport 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