

DEMANDE D'ADHESION AU CLUB :**Saison 2020-2021**Nom du Club : **TWIRL DANSE Le Pont de Claix** N° affiliation : **3803****FICHE DE RENSEIGNEMENT :**

Nom : Sexe : F / M
 Prénom : Nationalité : FR / ETR
 Né(e) le : / / Ville de naissance :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Téléphone : fixe : mobile :
 Email :

ASSURANCE :Si représentant légal : Père / Mère / Tuteur légal reconnais avoir pris connaissance ci-contre

- des garanties responsabilités civile et individuelle accidents donc je bénéficie par le biais de ma licence,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous)
 - Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
 - Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

~~HONORABILITE (pour les fonctions de dirigeant et d'encadrement) :~~

~~La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.~~

~~J'ai compris l'objet de ce contrôle.~~

Date :

DEMANDE DE LICENCE :

Je soussigné (e), (nom, prénom)
 (Si représentant légal : Père / Mère / Tuteur légal) autorise le club désigné ci-contre à prendre une licence auprès de la FFSTB

~~CERTIFICAT MEDICAL POUR LES PRATIQUANTS :~~

~~Je soussigné, Dr certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessus, ne présente aucune contre-indication à la pratique du twirling Bâton :~~
~~Hors compétition Y compris en compétition~~
~~Date de l'examen : / /~~
~~Signature et cachet :~~

~~OU QUESTIONNAIRE DE SANTE SPORT (QS-SPORT) pour les licenciés majeurs :~~

~~Je soussigné (e), (nom, prénom) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.~~

~~OU QUESTIONNAIRE DE SANTE SPORT (QS-SPORT) pour les licenciés mineurs :~~

~~Je soussigné (e), (nom, prénom) en ma qualité de représentant légal de (nom, prénom) atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N° 15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.~~

Signature du licencié ou du représentant légal :