



tél 09.61.46.98.01

messagerie: cap.saumur@wanadoo.fr
site internet: http://www.capsaumur.info

CLUB D'ATHLETISME DU PAYS SAUMUROIS

ADHESION 2009 - 2010

- SAUMUR
 MONTREUIL-BELLAY
 DOUE LA FONTAINE
 VIHIERS
 BEAUFORT EN VALLEE

NOUVELLE LICENCE
RENOUVELLEMENT

N° Licence :

Loisir Compétition

| | |
|---|--|
| NOM : | PRENOM : |
| Date de naissance : __/__/____ | Sexe : H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Adresse | Code Postal : |
| Tél : | Ville : |
| port : (utile en cas d'incident ou accident) | email: (pour infos et convocation) |

**AUTORISATION PARENTALE (POUR LES MINEURS) ET
D'HOSPITALISATION, DE SOINS, D'OPÉRATION OU D'ANESTHÉSIE
(en cas d'impossibilité pour joindre la famille)**

Je soussigné(e) _____ père, mère, tuteur
De _____, l'autorise à

- ⇒ Pratiquer l'athlétisme au Club d'Athlétisme du Pays Saumurois.
 - ⇒ Participer aux déplacements du Club en voitures particulières et transports en commun.
 - ⇒ Autorise le responsable du C.A.P.S. présent à prendre toutes mesures utiles pour le transport et pour tous soins, interventions chirurgicales et anesthésies nécessaires.
 - ⇒ Ayant pris connaissance du règlement intérieur, le club décline toutes responsabilités
- Fait à _____, le _____

Signature

Droit à l'image :

L'athlète, ou son représentant légal, si mineur, autorise expressément le Club à utiliser les images qui ont été prises à l'occasion de la pratique de l'athlétisme, et sur lesquelles il peut apparaître.

OUI

NON

Date:
Signature



Certificat Médical

pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-3 du Code du Sport
(Licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Santé Loisir – option Running)

Je soussigné, Docteur : _____

Demeurant à : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle : _____

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.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____



Cachet du Médecin et Signature du médecin

Article 2.1.2 des Règlements Généraux de la Fédération Française d'Athlétisme :

Les personnes qui demandent une Carte d'adhérent, à l'exclusion des Non-pratiquants (licence Athlé Encadrement), doivent produire :

- o un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme en Compétition pour les licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Santé Loisir – option Running ainsi que pour le titre de participation Pass' running ;
- o un certificat médical de non-contre indication à la pratique de l'Athlétisme pour la licence Athlé Santé Loisir – option Santé.

Ce certificat médical, établi par un médecin de leur choix, doit être délivré suivant la réglementation en vigueur et être daté de moins de trois mois au moment de la demande de création ou de renouvellement de la Carte d'Adhérent.

Attention ! Certificat de moins de trois mois ! ! !
C'est nouveau