|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FEDERATION D'ATHLETISME DE POLYNESIE FRANCAISE** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ATHLETISME SANTE LOISIR** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2015/2015** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| TYPE DE LICENCE: | |  |  |  |  |  |
| RUNNING | | SANTE LOISIR | | COMPETITION | |  |
| CLUB: |  |  |  |  |  |  |
| NOM: |  |  | PRENOM: |  |  |  |
| DATE DE NAISSANCE: | |  | SEXE: |  |  |  |
| ADRESSE: |  |  |  |  |  |  |
| TEL FIXE: |  |  | VINI: |  |  |  |
| ADRESSE MAIL: | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| DATE DU CERTIFICAT MEDICAL: | | |  |  |  |  |
| Pour les licences compétition et running, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de **non** | | | | | | |
| **contre indication de l'athlétisme en compétition** datant de moins de 6 mois | | | | | | |
| Pour les licences santé loisir, le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de **non contre** | | | | | | |
| **indication à la pratique de l'athlétisme** ou à la ou les pratiques concernées datant de moins de 6 mois : | | | | | | |
| (marche nordique, remise en forme, accompagnement running) | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Renseignements médicaux utiles à porter à la connaissance du coach: | | | | | |  |
| (ex: asthme, problèmes articulaires, diabète ect.) | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Je reconnais avoir lu et accepter le règlement intérieur de la section athlé santé loisir | | | | | | |
| Signature: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTESTATION DE LICENCE** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **CLUB:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **JE SOUSSIGNE:** | |  | **FONCTION:** |  |  |  |
| **ATTESTE QUE** | **NOM:** |  | **PRENOM:** |  |  |  |
| **EST BIEN LICENCIE DANS MON CLUB** | | |  |  |  |  |
| **TYPE DE LICENCE:** | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **SIGNATURE DU REPRESENTANT ET CACHET DU CLUB** | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |