



FEUILLE D'INSCRIPTION

SAISON 2026 / 2027 (du 01.09.2026 au 31.08.2027)

CLUB D'ATHLETISME DE MONTGERON

Groupe Compétitions Spécialités : ☐
Groupe Découverte BABYS ☐
Groupe Animations EA/ PO ☐
Groupe Compétitions BE/ MI ☐
Groupe Athlé Forme Santé ☐
Groupe Marche Nordique ☐
Encadrement - Dirigeants ☐

Catégorie 2026/27 : _____ **N° Licence 2026/27 :** _____

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Sexe : H ou F **Date de Naissance :** _____

Lieu de Naissance : _____

Nationalité : _____ **Date de validité Carte de séjour :** _____

Adresse : _____

Profession de l'athlète : _____ **N° licence 25/26 :** _____

Téléphone : _____ **Portable :** _____

E.mail pour la licence @ (En Lettres majuscules) : _____

Coordonnées Personne à avertir en cas d'urgence 1 : Nom/ Téléphone : _____

Coordonnées Personne à avertir en cas d'urgence 2 : Nom/ Téléphone : _____

Parents/Représentant légal 1 :

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Téléphone portable : _____

E mail : _____

Parents/Représentant légal 2 :

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Téléphone portable : _____

E mail : _____

- **Autorisation Parentale pour les Mineurs :**
- Monsieur et/ou Madame _____
- Autorise(nt) mon enfant : _____
- À pratiquer l'athlétisme et à participer aux compétitions avec le Club.
- Autorise / N'autorise pas _____ à rentrer seul(e) après l'entraînement et les compétitions du stade au domicile.

Signature, le

Pièces à joindre pour un dossier complet : Montant annuel : Cotisation et Licence//

De Baby à Espoir (et étudiant avec justificatif): 215€ // Senior et Master : 225€

Questionnaire santé PPS réalisé ☐

Règlement Cotisation/Licence : Espèces ☐ Chèques ☐ (Nombre de chèques :)

ANCV/Coupons sport ☐ **.Pass Sport** ☐ **.TJ caf** ☐ **. Chq Vacances** ☐ **Labaz** ☐

COMMUNICATION DU CLUB (WhatsApp) : Afin de faciliter la diffusion des informations concernant les entraînements, compétitions, déplacements et activités du Club d'Athlétisme de Montgeron, le club utilise des groupes et/ou canaux WhatsApp.

☐ J'autorise l'association à ajouter mon numéro de téléphone ou celui du ou des représentants légaux aux groupes et/ou canaux WhatsApp de communication du club. Majeur ou mineur de 15 ans révolu uniquement.

☐ Je n'autorise pas cette utilisation.

Numéro (s) concerné (s) : _____

Nom du/des titulaires du/des numéros : _____

Date : _____ Signature : _____

DROIT D'IMAGE : Le soussigné autorise le club à utiliser son image sur tout support destiné à la promotion des activités du club, à l'exclusion de toute utilisation à titre commercial.

Cette autorisation est donnée à titre gracieux pour une durée de cinq ans et pour la France.

Majeur ou représentant 1 : ☐ J'accepte l'utilisation de mon image ☐ Je refuse l'utilisation de mon image

Représentant 2 (si besoin) : ☐ J'accepte l'utilisation de mon image ☐ Je refuse l'utilisation de mon image

ASSURANCE : La Fédération Française d'Athlétisme propose, par l'intermédiaire de la MAIF, assureur :

- Au licencié, une assurance individuelle accident de base et assistance, couvrant les dommages corporels auxquels peut les exposer la pratique de l'athlétisme au prix de 0,7€ TTC (inclus dans le coût de la licence).

☐ J'accepte l'assurance individuelle assurance et assistance proposée

☐ Je refuse l'assurance individuelle accident et assistance proposée et reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique de l'athlétisme pouvant porter atteinte à mon intégrité physique.

Pas de coût supplémentaire pour le licencié, assurance comprise dans le coût demandé.

POUR LES ATHLETES MINEURS : Si contrôle antidopage inopiné / Blessure hospitalisation

Accord pour Prélèvement sanguin / Autorisation Hospitalisation :

Conformément à l'article R.232-45 du code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné, _____, en ma qualité de _____ (père, mère, représentant légal) de l'enfant _____

Autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

OUI / NON

Autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale suite à des blessures ou maladies à l'occasion des entraînements ou des compétitions. OUI / NON

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES : Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le club, ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA ; Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit de s'opposer au traitement et/ou à la publication de ses données pour des motifs légitimes. A cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante : cil@athle.fr
Par ailleurs, ces données peuvent être cédées à des partenaires commerciaux.

☐ J'accepte la transmission des informations

☐ Je refuse la transmission des informations

Signature :

Le