**VILLEFRANCHE ATHLE LAURAGAIS 31**

**Affilié FFA (N°W313021875)**

**Fiche d’inscription 2021-2022**

**Catégorie ESPOIR (2000 – 2002)**

Catégorie ADULTE (1999 et avant)

**NOM**: …………………………………………… **Prénom** :………………………………………

Adresse complète : …………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………...

Date de naissance : .………………………………………. Nationalité  :………………………………..…

Téléphone Fixe:….. …………………………….Portable : ……..………………………………

**Mail obligatoire** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Taille Vestimentaire Tee-shirt/Maillot :** …………………………………………………………………

**Entraînements**  **Lundi 19h00 à 20h30 Jeudi 18h30 à 19h45**

**DROIT A L’IMAGE** : Je soussigné(e), ……….……………………………… ………………autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de mon image prise dans le contexte de la pratique de l’Athlétisme (Entraînements, compétitions, manifestations sportives).

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l’exploitation de mon image et de ma voix ne portent en aucun cas atteinte à ma vie privée et ne me cause aucun préjudice.

**Signature obligatoire :**

**CERTIFICAT MEDICAL** délivré le : ………………………… N° licence …………..………

**[ impératif**: **ne présente aucune contre-indication à la pratique de l’athlétisme en compétition ]**

Coordonnées personne à joindre en cas d’accident : ………………………………….

Portable n°1……………………………

Portable n°2 : …………………………

**RENOUVELLEMENT LICENCE VAL 31** OUI NON

Je soussigné, ……………………………………, atteste avoir rempli le questionnaire de santé et me vois dispensé(e) de présenter un nouveau certificat médical

Date : Signature :

**Cotisation annuelle avec licence FFA : 160€**

**Cotisation annuelle sans licence FFA : 140€**

Modalités de REGLEMENT = 1, 2 ou 3 chèque(s) à l’ordre de VAL 31

**Réduction Famille** : 2 inscrits = réduction totale de 20€ ; pour 3 et + : la réduction est de 40€