



# OLYMPIQUE DE MARSEILLE ATHLETISME

Inscription Saison 2019/2020

Formulaire d'adhésion

## Informations Administratives

*Cocher les cases et renseigner/corriger les informations si nécessaire*

Nom :	Prénom :	
Date naissance :	Sexe :	Nationalité :
Adresse complète :		
Tél portable mère :	Tél portable père :	
Mail (en majuscule) :		

## Informations Licence

## Licence n°

Section :	<input type="checkbox"/> Delort	<input type="checkbox"/> Luminy	<input type="checkbox"/> Les Pennes-Mirabeau	<input type="checkbox"/> Jean-Bouin	
Type de Licence choisie :	<input type="checkbox"/> Compétition	<input type="checkbox"/> Running/Loisirs	<input type="checkbox"/> Encadrement	<input type="checkbox"/> Découverte	
Catégorie :	<input type="checkbox"/> BABY	<input type="checkbox"/> EA	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> BE	<input type="checkbox"/> MI
	<input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> JU	<input type="checkbox"/> ES	<input type="checkbox"/> SE	<input type="checkbox"/> MA
Groupe de pratique :	<input type="checkbox"/> Sprint	<input type="checkbox"/> Haies/Sauts	<input type="checkbox"/> Lancers	<input type="checkbox"/> Ecole d'athlétisme	
	<input type="checkbox"/> Running/Trail	<input type="checkbox"/> Fond/Demi-Fond/Route			
Licencié FFA par le passé :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, numéro de licence FFA :		
Maillot :	<input type="checkbox"/> Débardeur	ou	<input type="checkbox"/> Tee-shirt (Enfants : Uniquement tee-shirt)	Taille Maillot :	

## Informations Paiement

*Indiquer au dos de chaque chèque le nom de l'adhérent et la date d'encaissement souhaitée si encaissement différé*

Réductions :	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> Jury	<input type="checkbox"/> Parrainage :
Tarif :	Tarif avant réductions :	Montant réductions :	Montant payé :	
Mode de paiement :	<input type="checkbox"/> Chèque / banque .....			
	<input type="checkbox"/> Collégien de Provence -montant à prélever .....		<input type="checkbox"/> QR Carte .....	
	<input type="checkbox"/> Chèques Vacances	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Virement Bancaire	

<b>CADRE RESERVE AU CLUB</b> Date de dépôt du dossier au club :	Date de saisie SIFFA :
Date du certificat médical :	

### Droit à l'image :

Je soussigné(e) ..... 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 .

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (l'absence de réponse vaut acceptation)

### Prélèvement sanguin pour les athlètes mineurs / autorisation hospitalisation :

- Conformément à l'article R.232-45 du Code du sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné(e) ....., en ma qualité de père, mère, représentant légal (*rayez les mentions inutiles*) de l'enfant ..... autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment, un prélèvement de sang.

- En ma qualité de père, mère, représentant légal (*rayez les mentions inutiles*) de l'enfant ..... autorise l'hospitalisation de mon enfant en cas de nécessité médicale.

### Certificat médical : (Articles L 231-2 et L 231-2-2 du Code du Sport)

- Pour les Licences Athlé Compétition, Athlé Découverte (à partir de la catégorie Eveil Athlétique) et Athlé Running le soussigné certifie avoir produit un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du sport en compétition datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.

- Pour la Licence Athlé Santé et Athlé Découverte (pour la catégorie Baby Athlé uniquement), le soussigné certifie avoir produit un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport datant de moins de six mois à la date de prise de la Licence.

- Dans le cadre d'un renouvellement de Licence, et dans les conditions prévues par le code du sport, le soussigné peut attester avoir rempli le questionnaire de santé et se voir dispenser de présenter un nouveau certificat médical.

Date et signature du licencié (des parents ou du représentant légal si le licencié est mineur)