***LICENCE :*** [ ]  Création [ ]  **Licence Fédérale ou** ❑ **Licence Sport d’Entreprise (mixte)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Licence : Handisport / Sport Adapté** | **Licence Sport d’Entreprise** |
| Cochez la case si vous êtes licencié à la :[ ]  FF Handisport [ ]  FF Sport Adapté**Fournir la copie de la licence de la fédération de rattachement**. | [ ]  Mixte [ ]  Mixte conjoint [ ]  Mixte enfantNom de l’entreprise : Région de l’entreprise :**Fournir le certificat d’employeur** |

|  |
| --- |
| **ETAT CIVIL DU DEMANDEUR** |
|

|  |
| --- |
| Titre : Mr [ ]  Mme ❒ Mlle [ ] Nom \* : Cliquez ici pour taper du texte.Nom de jeune Fille : Cliquez ici pour taper du texte.Prénom\*  : Cliquez ici pour taper du texte.N : Cliquez ici pour taper du texte. Adresse \*: Cliquez ici pour taper du texte.Code Postal\*  : Cliquez ici pour taper du texte. Ville\* : Cliquez ici pour taper du texte.Né(e) le \*: Cliquez ici pour entrer une date. lieu de Naissance : Cliquez ici pour taper du texte.Nationalité : Française Téléphone (dom.) : Numéro Téléphone (trav.) : Numéro Portable : Numéro Courriel : Saisir votre EmailProfession : Cliquez ici pour taper du texte.Les champs suivis de \* doivent être obligatoirement remplis |

 |
| **ETAT SPORTIF DU DEMANDEUR** |
| **➀** Création de licence Nom du Club : **Force Cinétique ASPTT Paris****Numéro de licence : \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ACCORD DE LICENCE** |
| ASSURANCE :Je soussigné(e) Cliquez ici pour taper du texte. reconnais avoir pris connaissance de la notice d’information d’assurance m’informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d’assurance et adhérer à l’assurance « responsabilité civile et accident corporel » proposée par la Fédération Française de Bowling et de Sport de Quilles (notice disponible sur le site de la FFBSQ : [www.ffbsq.org](http://www.ffbsq.org) espace licence-Club/Assurance).INFORMATIQUE ET LIBERTES : J’accepte de recevoir par courriel ou par courrier postal des informations et/ou des offres commerciales référentielles de la part des partenaires de la FFBSQ : [ ]  OUI [ ]  NONCESSION DU DROIT A L’IMAGE : Chaque titulaire d’une licence fédérale autorise expressément la FFBSQ ainsi que ses partenaires et médias à utiliser les images fixes ou audiovisuelles individuelles, prises à l’occasion de sa participation à des épreuves inscrites au calendrier officiel fédéral, sur lesquelles il pourrait apparaître.  [ ]  OUI [ ]  NON AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :**Attention : Joindre à la licence l’autorisation de prélèvement anti-dopage pour les mineurs.**Je, soussigné(e), Mr ou Mme **Nom Tuteur** représentant légal de **Nom mineur**Certifie lui donner l’autorisation de se licencier à la FFBSQ et de participer à toutes compétitions ouvertes à sa catégorie pour la saison 2017/2018.Téléphone du représentant légal **Téléphone Tuteur** Courriel du représentant légal **mail tuteur** |
| Je déclare sur l’honneur l’exactitude des informations portées ci-dessus et m’engage à respecter la réglementation générale fédérale.Fait A : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Le \_ \_ \_/ \_ \_ / **Signature Obligatoire** :  (du demandeur ou du représentant légal si mineur) |
| Nom du Président du club :**LINGART Georges**Signature et cachet :(Obligatoires pour valider la licence avec le certificat médical)Date : | LIGUE REGIONALE[x]  Représentant Sport EntrepriseSignature et cachet :(Obligatoires pour valider la licence)Date : |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) OU fournir le certificat médical de non contre-indication, OBLIGATOIRE à la prise de licence** |
| Je soussigné(e) Docteur \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_certifie avoir examiné et n’avoir pas constaté à ce jour de signe clinique contre-indiquant la pratique sportive du Bowling. | A \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Le \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Signature et cachet obligatoires |