***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 enfant  Nom 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 Email  Profession : 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  NON  CESSION 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  Représentant Sport Entreprise  Signature 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 |