



**DEMANDE DE LICENCE - FFFA - CHEERLEADING
SAISON 2015/2016**

Ligue Régionale :

Code :

Club :

Code :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom : Prénom : Sexe (M ou F) :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél. : Email :
Date de Naissance : Lieu : Dpt :
Pays : Nat. : JAF (O/N) :

(A remplir en cas de renouvellement)

Licence joueur # Licence non joueur # Licence arbitres/juge

Signature du demandeur, ou de son représentant légal s'il est mineur le demandeur est informé qu'il doit être assuré avant de pratiquer la discipline à laquelle il adhère. De plus il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur attirant son attention sur l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages coporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties et avoir été informé de leurs modalités.

TARIFS LICENCES

(A) Catégorie	(B) Dirigeant - Entraîneur	(C) Niveau juge
Compétition +14 <input type="checkbox"/> 24,32 €	Dirigeant <input type="checkbox"/> 18,11 €	Juge <input type="checkbox"/> 27,84 €
Compétition U14 2ème année surclassé <input type="checkbox"/> 24,32 €	Entraîneur <input type="checkbox"/> 18,11 €	
Compétition U14 <input type="checkbox"/> 12,11 €		
Compétition U11 2ème année surclassé <input type="checkbox"/> 12,11 €		
Compétition U11 <input type="checkbox"/> 12,11 €		
Loisir +14 / U14 / U11 / U8 <input type="checkbox"/> 12,11 €		

A = B = C = A+B+C = € reversé par le club à la fédération

Visa club
(Date/Tampon/Signature du président)

Le / /

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE

à la pratique de la discipline en compétition

Je soussigné(e), Docteur _____
demeurant _____

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du _____ en tant que :

Joueur :
Juge :

Signature et cachet du médecin

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur, en respect du règlement médical de la F.F.F.A.

Je soussigné(e), Docteur _____ diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la F.F.F.A. et la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79 -17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA indiquée ci-dessous. Par notre intermédiaire, vos coordonnées peuvent être diffusées à des partenaires commerciaux de la fédération. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.