

Demande de renouvellement de licence et d'adhésion

À remettre à votre président de club ou correspondant licence complété, daté et signé.*
 Votre attestation de licence vous sera ensuite envoyée par e-mail.

| | | | |
|--|-----------------|---|--|
| Nom du Club : | | N° d'affiliation : | |
| <input type="checkbox"/> Transfert - Si changement de club, votre président de club actuel doit autoriser le transfert. Contactez-le. | | | |
| Nouveau club : _____ | | N° d'affiliation : _____ | |
| Nom – Prénom : | | Date de naissance : | |
| N° licence : | | Sexe : | |
| Adresse : | | | |
| Code postal : | Ville : | | |
| Fixe : | Mobile : | Email : | |
| Nationalité : | | | |
| <input type="checkbox"/> Je renouvelle ma licence : <input type="checkbox"/> OU Je souscris une autre licence. (Dans ce cas, je consulte mon club qui me délivrera les informations adaptées.) Type de licence : _____ Montant : _____ | | | |
| Assurance individuelle accident (article L321-6 du code du sport) – détail dans la notice jointe à la présente <input type="checkbox"/> Je reconnais avoir reçu la notice jointe, et avoir pris connaissance des garanties complémentaires proposées par la FFTA. <input type="checkbox"/> Je souscris à l'assurance individuelle accident avec ma licence (0.25€) OU <input type="checkbox"/> Je refuse de souscrire à l'individuelle accident de la FFTA et dans ce cas je renonce à toute indemnisation par l'assureur de la fédération en cas d'accident dans la pratique du tir à l'arc. L'assurance en responsabilité civile est incluse dans la licence. | | | |
| Certificat Médical | | | |
| Mon certificat médical est valable jusqu'au : | | | |
| <input type="checkbox"/> Je reconnais avoir rempli le questionnaire de santé présenté ci-dessus (QS-SPORT Cerfa N°15699*0). J'ai répondu NON à toutes les questions. Je n'ai pas de certificat médical à fournir en renouvelant ma licence. | | | |
| <input type="checkbox"/> Je présente un nouveau certificat médical datant de moins d'un an pour au moins l'un des motifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> - réponse positive au questionnaire - changement de type de licence et donc présentation du certificat médical correspondant - certificat médical arrivé à expiration | | | |
| Date du certificat : _____ | | Type de certificat : <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Pratique | |
| Magazine fédéral «Le Tir à l'Arc» | | | |
| <input type="checkbox"/> Je m'abonne au tarif licencié de 22.00€ (Abonnement 1 an - 4 numéros) | | | |

- J'accepte de recevoir des informations de la FFTA et de ses partenaires.
- J'autorise l'utilisation de mon image (photos, vidéos,...) par mon club dans le cadre de ses activités statutaires liées à ma pratique du tir à l'arc.

Montant* et mode de règlement : _____ **Nom du signataire (ou responsable légal)** _____

Chèque Espèces Autres **Date et Signature (obligatoire)**

* Photo obligatoire pour la pratique en compétition.