



CLUB ATHLÉTIQUE AMBILLY
Adresse de son siège social : Gymnase Rue de la Paix
Code postal : 74100 Commune : Ambilly
Téléphone : 0677070457
Courriel : alex.fournival@sfr.fr
Adresse site internet : www.caambilly.fr



DEMANDE D'ADHÉSION CLUB ATHLÉTIQUE D'AMBILLY(CAA) SAISON 2020/2021
U18 à Masters
né(e)s à partir de 2005

Montant de l'adhésion: 150€

Renouvellement d'Adhésion CAA

N° LICENCE FFA

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS POURRONT ÊTRE ENREGISTRÉS

NOM PRÉNOM Né(e) le

SEXE: F / M Nationalité

ADRESSE: (si parents séparés, veuillez remplir deux feuilles distinctes)

Nom figurant sur la boîte aux lettres:

N°, RUE

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE FIXE

PORTABLE du père

PORTABLE de la mère

Courriel du responsable légal:

→ Dans un souci d'économie de papier, nous privilégions le courrier électronique.

Merci de fournir une adresse électronique valide, que vous consultez régulièrement.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Représentant légal de ma fille / mon fils

l'autorise à participer aux entraînements et aux compétitions au sein du Club Athlétique d'Ambilly.

J'autorise les responsables du Club à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'incident ou d'accident qui surviendrait à mon enfant pendant les heures de fonctionnement du Club (entraînements, compétitions, déplacements,...).

J'autorise les responsables du Club à utiliser les photos ou films de mon enfant prises dans le cadre de son activité athlétique pour toute publication servant à la promotion du club (internet, presse, magazine,...)

J'autorise le CAA et la FFA à publier des données nominatives (nom, prénom, n° de licence, date de naissance) dans les résultats des compétitions auxquelles mon enfant aura participé.

(cf. «Informatique et Libertés», au dos)

Signature du représentant

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS (Loi du 6 janvier 1978)

Traitement des données par la **Fédération Française d'Athlétisme**

Le soussigné est informé du fait que des données à caractère personnel le concernant seront collectées et traitées informatiquement par le CAA ainsi que par la FFA. Ces données seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Le soussigné est informé de son droit d'accès, de communication et de rectification, en cas d'inexactitude avérée, sur les données le concernant, ainsi que de son droit à s'opposer au traitement et/ou à la publication de ces données pour des motifs légitimes.

À cet effet, il suffit d'adresser un courrier électronique à l'adresse suivante: cil@athle.fr

Ces données pourront en outre être cédées à des partenaires commerciaux de la FFA.

Veuillez cocher la case si vous ne souhaitez pas que ces informations soient cédées aux partenaires de la FFA.

L'absence de réponse vaut acceptation.

Par ailleurs, il est rappelé que les résultats des compétitions seront publiés sur le site internet de la FFA. En prenant votre adhésion à le CAA, vous acceptez expressément la publication de vos données nominatives (nom, prénom, numéro de licence, date de naissance) dans les résultats des compétitions auxquelles vous aurez participé. Vous acceptez expressément que cette publication soit reproduite sur le site internet de la FFA ainsi que sur le site internet du CAA

Traitement des données par **Le Club Athlétique d'Amilly**

Votre adresse électronique sera ajoutée à une liste de diffusion à usage exclusif de la communication interne du club.

Les partenaires du CAA n'auront pas accès à votre adresse, mais pourront vous envoyer des messages par le biais de ces listes.

Veuillez cocher la case si vous ne souhaitez pas recevoir de messages des partenaires du CAA (vous ne recevrez alors que des messages quant à l'activité du club, et aucun message de nos partenaires).

L'absence de réponse vaut acceptation.

CERTIFICAT MÉDICAL

**Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du code du sport
(à remplir ci-dessous ou à recopier à l'identique sous peine de non-validité légale du certificat)**

Je soussigné, Docteur..... demeurant à.....

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle

.....

Né (e) le..... / /..... demeurant

à.....

.....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de l'athlétisme en compétition.

Fait à, le / /.....

Cachet du médecin

Signature du médecin

