



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité. Pour les autres demandes, vérifier le statut de la photo dans FOOTCLUBS.

Nom du club : ANTONY FOOTBALL EVOLUTION N° d'affiliation du club : 564045

IDENTITÉ

NOM : Sexe : M / F
PRENOM : Nationalité : FR / UE / ETR
Né(e) le : / / Ville de naissance :
Adresse (1):
CP : Ville :
Pays de résidence : Email (1) :
Téléphones : fixe mobile

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles...

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant Joueur Libre Joueur Futsal Joueur Entreprise Joueur Loisir

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, en pages suivantes de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

OU BIEN Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales de la FFF, cochez cette case
Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales des partenaires de la FFF, cochez cette case

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts.
Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : https://www.fff.fr/e/l/qs-li.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- Repondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.
Repondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs (2):

- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4).

Pour les dirigeants :

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les règlements généraux.(5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

(1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Date de l'examen : / / (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

(1)

Signature et cachet (1)(5)

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom :

Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom :

Le / / Signature :



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

À CE JOUR :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7 Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 17/18 :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



FICHE D'ADHESION 2018 - 2019

Vqwf quigt 'f qls' vt g't gpf w'cw'Uget² vt kv'cxge'qwu'igu'l wuklec vhu'p² egurk gu'
Nguf quigt u'peqo r igu'pg'igt qpv'r cu't t kl'gp'eqo r vg0

<input type="checkbox"/> U6 <input type="checkbox"/> U7	<input type="checkbox"/> U10 <input type="checkbox"/> U11	<input type="checkbox"/> U14 <input type="checkbox"/> U15	<input type="checkbox"/> U18 <input type="checkbox"/> U19 <input type="checkbox"/> U20	<input type="checkbox"/> Cf j ² t gpv'gp'4237-4238 <input type="checkbox"/> P qwxgng'kpuet kr vkap
<input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9	<input type="checkbox"/> U12 <input type="checkbox"/> U13	<input type="checkbox"/> U16 <input type="checkbox"/> U17	<input type="checkbox"/> Séniors <input type="checkbox"/> Vétérans	

'PQO 'z'	PHOTO OBLIGATOIRE
'RTGPQO 'z'	
'FCVGF G'PCKUCPEG'z' / / '""'«'z'.....	
'PCVKQP CNKVG'z'	
'CFTGUUG'z'	
VGN'LQWGW'z' Hlzg'z'..... 'Rqt vcdig'z'..... B O chl!		
'VGN'RGTG'z' Hlzg'z'..... 'Rqt vcdig'z'..... B O chl!		
'VGN'O GTG'z' Hlzg'z'..... 'Rqt vcdig'z'..... B O chl!		
FGTPKGT'ENWD'S WwVG'!..... SAISON'!.....		

RIGE GUC'HQWIPKT'

- Renouvellement : une photo, fiche de demande de licence comportant le certificat médical tamponné et signé.
- Nouvelle inscription : une photo, 1 justificatif d'identité (carte d'identité, passeport ou livret de famille), demande de licence comportant le certificat médical tamponné et signé.

TGEOO O CPF CVKOPUO GFECNGU'

Teeqo o cpf cvkpu'O² f lecnu't ct vlewk' t gu'!.....

TGI NGO GPV'F'G'NC'EQVKUCVOP''''C'TGO RNK'RCT'N'CFJ GTGPV'

<u>CFJ GUKOP'TTGPOWXGNGO GPV</u>		<u>LQWGW'O WwG</u>	
<u>Eqvuc vkap'W6'kXGVGTCPU</u>		<u>Eqvuc vkap' f t qls'f g'b wcvkap'F g''</u>	
Cpvplgp''' 220 €	Deuxième licence de même famille -15€	W34'k'W37" <220'€ 1430 €	- 35 € = 255/265
J qt u'eqo o wpg" 430 €		W3; 't wSeniors" <220'€ 1430 €	- 92 € = 312/322

Ej ³ s wgu'	Dcps wg''	P wo ² t q'f w'ej ³ s wg''	O qpwpv'
1			
2			
3			
4			
Gur³ egu'			
'Cwt gu'! CE / CAF / PASS92 / Chèques Vacances / Coupon Sport			
'VQVCN (doit être égal à la cotisation, éventuels droits de mutation inclus)''			

