

Demande de Licence Club :

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du Pentathlon Moderne.

En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Veuillez vous adresser à :

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication de celles-ci veuillez vous adresser à la :

Fédération Française de Pentathlon Moderne

CNOSF - 1 Avenue Pierre de Coubertin - 75640 - PARIS CEDEX 13

Tel : 01 40 78 28 41 - Fax : 01 40 78 28 42 - Mail : ffpentathlon@aol.com - Site : www.ffpentathlon.fr

Veuillez renseigner cette fiche. Faites valider le certificat médical puis retournez cette fiche à votre association, datée et signée.

Nom : _____
Date de Naissance : __ / __ / __
Prénom : _____
Lieu de Naissance : _____
Sexe : M / F Départ. De Naissance : _____
Adresse : _____
Pays de Naissance : _____
Complément d'adresse : _____
Nationalité : _____
Code Postal : _____
Ville : _____
Titre : _____ (Président / Secrétaire / Trésorier / Dirigeant / Adhérent / ...)
Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
Télécopie : ____ - ____ - ____ - ____ - ____
Portable : 06 - ____ - ____ - ____ - ____
Email : _____

Tout participant à une compétition de pentathlon moderne doit être titulaire d'une licence sportive. Elle ne peut être attribuée sans le certificat médical (ci-dessous) délivré par un médecin mentionnant l'absence de contre indication à la pratique du PENTATHLON MODERNE EN COMPETITION qui doit dater de moins d'un an.

Je déclare :

*Avoir pris connaissance de la notice d'information jointe à ce document, relative au contrat d'assurance souscrit par la Fédération Française de PENTATHLON MODERNE.

*Avoir été informé(e) par la notice jointe à ce document, de l'intérêt que présente la souscription de garanties individuelles complémentaires et des garanties proposées.

Date : Signature de l'adhérent (ou du tuteur légal)

A PRESENTER à VOTRE MEDECIN

Je, soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

et atteste n'avoir constaté ce jour aucun signe de contre-indication à la pratique du Pentathlon Moderne en compétition.

Signature et cachet du Médecin :

Date :
Nom & Prénom _____