



COMITÉ DÉPARTEMENTAL SAVOIE

Saison : 2018 / 2019			Folio n°	.../...
Association :				
Nom du demandeur :				
Téléphone :		Mail :		
Adresse :				
CP :		Ville :		

IDENTITE		Sexe (1)	DATE DE NAISSANCE		DATE DU CERTIFICAT MEDICAL (2)		DATE DE L'ATTESTATION DE SANTE (2)		ACTIVITE (3)	FONCTION (4)	ADRESSE (en Majuscule)	Cette personne participera-t-elle à des compétitions ou rencontres FSCF ? (5)	Cette personne est-elle dirigeante ? (6)	Assurance (7)
Nom	Prénom		Jour	mois	Jour	mois	Jour	mois						
			année	année	année	année								
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
Mail:														
(1) M: masculin ; F: féminin		(3) Si plusieurs activités, utiliser les cases immédiatement inférieures pour préciser ces activités.		(4) P: Président PD: Président Délégué VP: Vice Président S: Secrétaire T: Trésorier SA: Secrétaire Adjointe TA: Trésorier Adjoint CG: Corresp. Général PA: Président d'Activité CA: Corresp. Activité J: Juge A: Arbitre E: Entraîneur					(5) Compétitions, regroupements ou manifestations départementales, régionales ou nationales.			(6) Répondre par Oui ou Non.		(7) Mini, Midi, Maxi

(2) Merci de bien renseigner la bonne colonne Certificat Médical ou Attestation de santé ; Les certificat médicaux doivent être daté d'après le 1er mai 2017.

Je soussigné : Président de l'association : Signature : Date :
certifie sur l'honneur être en possession des certificats médicaux et attestations de santé valides pour les demandes de licence de la présente liste.