



|                      |         |          |         |
|----------------------|---------|----------|---------|
| Saison : 2019 / 2020 |         | 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:                        |        |          |   |       |                                |       |   |      |              |              |  |   |  |               |                      |
| (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 certificats médicaux doivent être datés 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. |                              |             |        |