



COMITÉ DÉPARTEMENTAL
SAVOIE

| | | | | |
|----------------------|--|----------|--|---------|
| Saison : 2020 / 2021 | | 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 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail: | | | | | | | | | | | | | | |

(1) M: masculin ; F: féminin
 (2) Si plusieurs activités, utiliser les cases immédiatement inférieures pour préciser ces activités.
 (3) 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
 (4) Compétitions, regroupements ou manifestations départementales, régionales ou nationales.
 (5) Répondre par Oui ou Non.
 (6) (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.