



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical (uniquement pour les majeurs)

Nom du club* : PARIS ALESIA FC

N° d'affiliation du club* : 500699

IDENTITÉ

NOM* : NOM Naissance : Sexe* : M F

PRÉNOM* : Nationalité* :

Né(e) le* : à CP* : Ville de naissance* :

Adresse (1)* :

CP* : Ville* :

Pays de résidence* : Email* (1) :

Téléphones : fixe mobile*

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale 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 Volontaire | Joueur : Libre Futsal Entreprise 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, dans le document fourni en pages suivantes de cette demande ou ici https://fff.fr/e/ass/8000.pdf, par ma Ligue régionale et mon club* :

- des garanties responsabilité civile, individuelle accidents et protection juridique « intégrité des licenciés » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer (à l'exception des garanties responsabilité civile) et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires - telles que présentées en pages suivantes - (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

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant ou volontaire 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

LICENCIÉ MINEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée : - l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé (https://www.fff.fr/e/l/qs-li-min_2024_2025.pdf) et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessous qui ne sera valable que pour la saison en cours.

Par la présente, le bénéficiaire et son représentant légal confirment avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir* :

- Répondu NON à toutes les questions ; vaut autorisation de surclassement simple (dans les conditions de l'article 73.1 des RG de la FFF)
- Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; certificat médical ci-dessous à faire remplir

CERTIFICAT MÉDICAL

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

Pour les joueurs :

- présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football :
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).

Pour les dirigeants :

- présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer en cas de non aptitude. (3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

HONORABILITÉ DU DEMANDEUR SUSCEPTIBLE DE PARTICIPER A L'ORGANISATION DU CLUB

Le demandeur certifie ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation pour crime ou certains délits, ou être sous le coup d'une mesure administrative d'interdiction de participer, à quelque titre que ce soit, à la direction et à l'encadrement d'un club.

LICENCIÉ MINEUR : SIGNATURE

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*

LICENCIÉ MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'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 (https://www.fff.fr/e/l/qs-li_2024_2025.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir* :

- Répondu NON à toutes les questions
- Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; certificat médical ci-dessous à faire remplir
Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

Date de l'examen : (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

(1)

Signature et cachet (1)(3)

LICENCIÉ MAJEUR : SIGNATURE

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

Demandeur* :

Signature*

REPRÉSENTANT DU CLUB : SIGNATURE

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*

(*) Champs obligatoires.

Vos données sont collectées par la FFF comme responsable de traitement aux seules fins de gestion de votre demande de licence. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, consultez notre Politique de confidentialité dédiée : https://www.fff.fr/e/l/RGPD.pdf