



## FICHE SIGNALÉTIQUE

Remplir lisiblement

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de Naissance : .....Lieu de Naissance : .....

Sexe :                     Masculin                     Féminin

**Mail :** .....

Adresse : .....

Code Postal : .....Ville : .....

Tel fixe : .....Tel portable : .....

Pointure : .....Taille : .....

### Pièces à fournir :

- **1 certificat médical « apte à pratiquer de l'athlétisme et de la course à pied en compétition »**
- **Cotisation de 45 € de mini-pousse à minime – 75 € de cadet à vétéran**
- **Pour les familles : tarif normal les 3 premières cotisations, 50% pour la 4eme et la 5ème gratuite**

Payé par :                     chèque                     espèce                     virement

Allez-vous participer aux championnats de la F.F.A. ?  OUI                     NON

\*\*\*\*\*

### **AUTORISATION DES PARENTS POUR LES MINEURS.**

Je soussigné(e)....., autorise mon fils ou ma fille à participer aux activités de l'A. L. C., ainsi qu'aux compétitions.

**Date et signature.**

### **AVERTISSEMENT.**

Les films et les photographies réalisés lors des entraînements, des compétitions et des diverses organisations sportives, pourront être utilisés, sans contrepartie, pour des publications ou informations destinées à la promotion du sport. Ils resteront la propriété de la F.S.G.T. et de l'A.L.C.V.C.

\*\*\*\*\*

### **CERTIFICAT A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

Je soussigné, Docteur....., certifie ce jour, que l'athlète ....., est apte à la pratique de la course à pied ainsi qu'à l'athlétisme, en loisir ainsi qu'en compétition.

**Date, signature et cachet.**