

## Demande de renouvellement de licence et d'adhésion

À remettre à votre président de club ou correspondant licence complété, daté et signé.  
 Votre attestation de licence vous sera ensuite envoyée par e-mail.

<b>Nom du Club :</b>  <input type="checkbox"/> Transfert - Si changement de club, votre président de club actuel doit autoriser le transfert. Contactez-le. <b>Nouveau club :</b> _____	<b>N° d'affiliation :</b>  <b>N° d'affiliation :</b> _____
<b>Nom – Prénom :</b> <b>N° licence :</b> <b>Adresse :</b> <b>Code postal :</b> <b>Ville :</b> <b>Fixe :</b> <b>Mobile :</b> <b>Email :</b> <b>Nationalité :</b>	<b>Date de naissance :</b> <b>Sexe :</b>
<input type="checkbox"/> <b>Je renouvelle ma licence :</b> <input type="checkbox"/> <b>OU Je souscris une autre licence.</b> (Dans ce cas, je consulte mon club qui me délivrera les informations adaptées) Type de licence : _____ Montant : _____  <b>Assurance individuelle accident (article L321-6 du code du sport) – détail dans la notice jointe à la présente</b>  <input type="checkbox"/> Je reconnais avoir reçu la notice jointe, et avoir pris connaissance des garanties complémentaires proposées par la FFTA.  <input type="checkbox"/> Je souscris à l'assurance individuelle accident avec ma licence (0.25€)  <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Je refuse de souscrire à l'individuelle accident de la FFTA et dans ce cas je renonce à toute indemnisation par l'assureur de la fédération en cas d'accident dans la pratique du tir à l'arc.  <b>L'assurance en responsabilité civile est incluse dans la licence.</b>	
<b>Certificat Médical</b> <b>Mon certificat médical est valable jusqu'au :</b>  <input type="checkbox"/> Je reconnais avoir rempli le questionnaire de santé présenté ci-dessus (QS-SPORT Cerfa N°15699*0). J'ai répondu NON à toutes les questions. Je n'ai pas de certificat médical à fournir en renouvelant ma licence.  <input type="checkbox"/> Je présente un nouveau certificat médical datant de moins d'un an pour au moins l'un des motifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- réponse positive au questionnaire</li> <li>- changement de type de licence et donc présentation du certificat médical correspondant</li> <li>- certificat médical arrivé à expiration</li> </ul> Date du certificat : _____ Type de certificat : <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Pratique  <input type="checkbox"/> Je pratique le Run-Archery      Date du certificat : _____  Type de certificat de compétition : <input type="checkbox"/> Course à pied <input type="checkbox"/> Run-Archery	

**Type d'arc :**

- J'accepte de recevoir la newsletter de la FFTA (1 à 2 par mois).
- J'autorise l'utilisation de mon image (photos, vidéos,...) par mon club dans le cadre de ses activités statutaires liées à ma pratique du tir à l'arc.

Pour les mineurs, nom, prénom, téléphone des personnes à joindre en cas de besoin.

Nom	Prénom	Téléphone	Responsable légal
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Montant et mode de règlement :** \_\_\_\_\_ **Nom du signataire (ou responsable légal)** \_\_\_\_\_

Chèque    Espèces    Autres                      **Date et Signature (obligatoire)**

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Fédération Française de Tir à l'Arc pour la gestion associative et sportive des membres de la FFTA.*

*Elles sont conservées pendant toute la durée d'activité de l'association FFTA pour des besoins statistiques et d'archivage d'ordre sportif et sont destinées aux gestionnaires des structures associatives dont vous êtes membre.*

*Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant sur votre espace licencié et les faire rectifier en contactant : **Fédération Française de Tir à l'Arc. Direction Administrative. 12 place Georges Pompidou. 93160 NOISY LE GRAND. Email : support.licences@ffta.fr***