FFFA
www.fffa.org
79, rue Rateau 93120 La Courneuve
Tél. 01 43 11 14 70 - Fax 01 43 11 14 71

Demande de Licence

FLAG

Ligue Régionale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐ (Code)

Club ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐ (Code)

INFOS DEMANDEUR

Nom : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Prénom : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sexe (M ou F) : ☐

Adresse : ☐☐☐

(Suite) : ☐☐☐

Code Postal : ☐☐☐☐☐ Ville : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tél : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Fax : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail : ....

Date de naiss. : ☐☐☐☐☐☐ Lieu de naiss. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Dpt : ☐☐

Pays : ☐☐☐ Nationalité : ☐☐☐ J.A.F. (O/N) ☐

Licence joueur		Licence non joueur		Licence arbitre	
(A remplir en cas de renouvellement) ☐☐☐☐☐		☐☐☐☐☐		☐☐☐☐☐	
☐ +18ans	21,50 €	☐ Président	16 €	☐ International	24,60 €
☐ -18ans+	21,50 €	☐ Trésorier	16 €	☐ National	24,60 €
☐ -18ans	21,50 €	☐ Secrétaire	16 €	☐ Régional	24,60 €
☐ -15ans+	21,50 €	☐ Entraîneur	16 €	☐ Club	24,60 €
☐ -15ans	10,70 €	☐ Encadrement médical	16 €		
☐ -11ans	10,70 €	☐ Autres	16 €		
☐ Loisir	1,50 €				

Visa du Club

(Date / Tampon / Signature du Président)

Le ..../......./.......

***(Signature du demandeur,** ou de son représentant légal s'il est mineur)*

Le demandeur est informé qu'il doit être assuré avant de pratiquer la discipline à laquelle il adhère. De plus il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur attirant son attention sur l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties, et avoir été informé de leurs modalités.

A ☐ + B ☐ + C ☐ = Totaux A + B + C ☐ € reversés par le club à la fédération

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE

à la pratique du football américain en compétition

Je soussigné (e), Docteur .... diplômé de Médecine ou de traumatologie du sport demeurant ....
certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du football américain : ☐ en tant que joueur
☐ en tant qu'arbitre

A .... , le ....

Signature et cachet du médecin

DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer le FOOTBALL AMERICAIN de compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à sa catégorie, en respect du règlement médical de la F.F.F.A.

Je soussigné (e), Docteur .... diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie, après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le FOOTBALL AMERICAIN en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

A .... , le ....

Signature et cachet du médecin

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la F.F.F.A. et la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" n° 78-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA indiquée ci-dessus. Par notre intermédiaire, vos coordonnées peuvent être diffusées à des partenaires commerciaux de la fédération. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre ☐.