[](http://www.google.fr/imgres?q=logo+triathlon&start=180&sa=X&biw=1600&bih=714&tbm=isch&tbnid=MuKoRs1ep6vxUM:&imgrefurl=http://www.crv-lyon-triathlon.fr/&docid=qVoB-WBYcWK4mM&imgurl=http://www.crv-lyon-triathlon.fr/uploads/images/16/101007_220454.jpg&w=250&h=206&ei=hmmfUdWcO4P20gWdtIEo&zoom=1&iact=hc&vpx=231&vpy=282&dur=2778&hovh=164&hovw=200&tx=90&ty=82&page=6&tbnh=147&tbnw=179&ndsp=41&ved=1t:429,r:90,s:100,i:274) **Formulaire de demande de licence 2019/2020**

|  |
| --- |
| **NOM…………………………………………………………………………….PRENOM ………………………………………………………………….…………………………………..**  **Date de Naissance………………………………….. SEXE : M F Profession :…………………………………………………………………………….**  **Adresse:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **Code Postal………………………………………………………. VILLE……………………………………………………………………………………………………………………….**  **Email………………………………………………………………………………..…. Téléphone (fixe ou portable)………………………………………………………………..**  **Questionnaire santé  (Durant les 12 derniers mois)**  **1/ Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? Oui Non**  **2/ Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Oui Non**  **3/ Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? Oui Non**  **4/ Avez-vous eu une perte de connaissance ? Oui Non**  **5/ Si vous avez arrêté le sport pendant 30 j ou plus pour raisons de santé, avez-vous repris avec l’accord d’un médecin ? Oui Non**  **6/ Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies ? Oui Non**  **A ce jour :**  **7/ Ressentez vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite problème osseux, articulaire ou musculaire ? Oui Non**  **8/ Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? Oui Non**  **9/ Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? Oui Non** |

|  |
| --- |
| **Assurance :**  Je reconnais avoir été informé de l’intérêt que présente la souscription d’un contrat d’assurance de personnes couvrant des dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m’exposer.  J’ai pris connaissance de la notice d’information établie par l’assureur m’informant des garanties incluses dans le contrat d’Assurance fédéral, de leurs modalités d’entrée en vigueur et des formalités à accomplir en cas de sinistre, ainsi que de la possibilité de souscrire des options facultatives complémentaires aux garanties de base.  Je ne souhaite pas souscrire d’option complémentaire.  Je ne souhaite pas souscrire de contrat GAV  Je ne souhaite pas souscrire d’assurance facultative « Dommages au vélo ». |

**Droit à l’image** : j’autorise la FFTRI, ses partenaires et médias à utiliser son image sur tous supports promotionnels et ou publicitaires à l’exclusion de toute utilisation à titre commercial.

**Informatique et liberté** : j’accepte de recevoir par email ou courrier des informations et ou des offres commerciales préférentielles de la part des partenaires de la FFTRI.

**Autorisation parentale** : la signature du présent formulaire vaut autorisation parentale pour la participation du mineur aux activités du club et aux compétitions agréées par la FFTRI, ainsi que pour tout prélèvement lors d’un contrôle antidopage.

J’autorise mon enfant à quitter seul une séance d’entrainement club : OUI NON

**Date et signature du demandeur** (ou des parents ou représentant légal si enfant mineur)