



Nom de l'adhérent : \_\_\_\_\_  
 à l'association ASL

N° Adhérent : \_\_\_\_\_

Nom de l'Archer: _____	<input type="checkbox"/> Homme
Prénom de l'Archer: _____	<input type="checkbox"/> Femme
Né(e) le: _____ à: _____	Taille: _____ cm
Adresse: _____	
Code Postal: _____	Commune: _____
Tél. 1: _____	Email 1: _____
Tél. 2: _____	Email 2: _____
Tél. 3: _____	Email 3: _____

Le dossier d'inscription, la Licence FFTA et le certificat médical sont **obligatoires pour fin septembre au plus tard.**  
**(Cochez ou rayer chaque mention ci-dessous)**

- Je déclare avoir reçu le règlement de sécurité de la section TIR A L'ARC.
- Je déclare avoir reçu le document "Information pour Archers et Parents d'archers" de la section Tir à l'arc.
- J'autorise les responsables à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence.
- J'autorise un animateur ou un parent à assurer le transport de mon enfant lors des déplacements de l'activité.
- Je m'engage à prendre part à la vie du club selon mes disponibilités, cette participation est indispensable à notre survie.
- J'autorise l'association Arts Sports et Loisirs à utiliser mes données à caractère personnel transmises via le présent bulletin dans le cadre de son activité.

(Pour connaître et exercer vos droits sur ces données vous pouvez adresser un mail à l'adresse : [accueil@artssportsetloisirs.fr](mailto:accueil@artssportsetloisirs.fr)).

<b>Type Licence</b> <input type="checkbox"/> Poussin <input type="checkbox"/> Jeune <input type="checkbox"/> Adulte Compétition <input type="checkbox"/> Adulte Club <input type="checkbox"/> Adulte Non Pratique	<b>Questionnaire de Santé:</b> <b>Attestation de l'Archer qui a répondu <u>NON</u> à l'ensemble du Questionnaire de santé:</b> Mentionner «J'atteste» et signature: _____ sinon	
	<b>Type Arc:</b> <input type="radio"/> CO <input type="radio"/> BB <input type="radio"/> CL <input type="radio"/> LB	<b>Certificat Médical pratique tir à l'arc:</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <b>Certificat Médical pratique tir à l'arc en compétition:</b> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non date du certificat médical: _____
<b>Montant licence FFTA</b> _____ Euros	<b>Montant cotisation TAA</b> <b>Annuelle:</b> _____ Euros	<b>Assurance Individuelle Accident</b> (0.28€ inclus dans licence): <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (si « NON », faire lettre de refus)

Signature du responsable légal:

\_\_\_\_\_

La Tour d'Aigues, le

\_\_\_\_\_

CADRE RESERVE AU RESPONSABLE D'ACTIVITE D'ARTS SPORTS ET LOISIRS – ARCHERS DE LA TOUR

Remarques \_\_\_\_\_

**Chèques à l'ordre d' «Arts Sports et Loisirs»** (1 chèque licence et 3 chèques cotisations trimestrielles)

Adhésion ASL /par TAA: 15€ Nom banque et n°chèque \_\_\_\_\_