

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 _____ Nationalité _____ Taille: _____ m	
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.**

(Veuillez Cocher les phrases 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, participation indispensable à sa survie. (une liste de tâche vous sera proposée)
- J'autorise l'association Arts Sports et Loisirs à reproduire les photographies ou vidéos me représentant et représentant mon ou mes enfants
- 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).

Type Licence <input type="checkbox"/> Poussin <input type="checkbox"/> Jeune <input type="checkbox"/> Adulte Compétition <input type="checkbox"/> Adulte Club <input type="checkbox"/> Adulte Non Pratique	Questionnaire de Santé ou Certificat Médical: <input type="checkbox"/> Je reconnais avoir rempli le Questionnaire de Santé <input type="checkbox"/> J'ai répondu NON à toutes les questions. Donc pas de Certificat Médical à fournir. <input type="checkbox"/> Je fournis un Certificat Médical de non contre-indication à la pratique du Tir à l'arc Date Certificat Médical pratique tir à l'arc en compétition: _____	
Type Arc: <input type="radio"/> CO <input type="radio"/> BB <input type="radio"/> CL <input type="radio"/> LB	Assurance <input type="checkbox"/> Je reconnais avoir pris connaissance de la notice d'assurance proposé par la FFTA <input type="checkbox"/> Je souscris à l'assurance individuelle de ma licence (0,28€ incluse dans la Licence) <input type="checkbox"/> Je refuse de souscrire à l'assurance individuelle accident de la FFTA Donc . Je renonce à toute indemnisation de cette assurance dans la pratique du TAA	
Montant licence FFTA _____ Euros	Montant cotisation TAA Annuelle: _____ Euros	Honorabilité Encadrants, Entraîneurs & Arbitres : <input type="checkbox"/> J'ai compris et j'accepte le contrôle d'honorabilité

Nom & Prénom du responsable légal: _____ **Signature du responsable légal:** _____ **à 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: 16€	Nom banque et n°chèque _____