



# FORMULAIRE D'ADHÉSION

(Non affiliée FFA)

Saison 2024/2025

## Coordonnées :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Email : .....

Tél Domicile : ..... Tél Portable : .....

En cas d'urgence, prévenir Monsieur ou Madame : ..... au : .....

## Conditions d'adhésion :

1. Je certifie sur l'honneur être apte à la pratique de la course à pied et ne présenter aucune contre-indication médicale pour participer à toutes les activités de l'association.
2. Je m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur (tenu à ma disposition au local ou sur le site web de l'association). J'ai conscience que la pratique de la course à pied implique de respecter le Code de la Route.
3. Je certifie avoir été informé que l'association ne couvre aucun dommage corporel.
4. Je renonce librement et volontairement par la présente à intenter des recours, des réclamations, quels qu'ils soient contre l'association relatives à des blessures ou des pertes matérielles que je pourrais subir en raison de ma participation aux activités de l'association.
5. J'autorise l'association à utiliser mon image dans le cadre de toutes publications ayant pour sujet l'AS VOUILLE 86.
6. L'association, malgré son caractère sportif, n'est pas affiliée à la Fédération Française d'Athlétisme. Chaque membre, s'il désire participer à des compétitions de course pédestre, devra être titulaire d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition datant de moins d'un an.

## Montant de la cotisation du 01/09/2023 au 31/08/2024 :

Je souhaite adhérer à l'association AS VOUILLE 86. Tarif :  40 €

Tarif famille 3<sup>ème</sup> licence :  20 € - Tarif famille 4<sup>ème</sup> licence :  GRATUIT

## Autorisation parentale pour un enfant mineur (Adhésion à partir de 16 ans) :

Je soussigné (e) .....  père,  mère,  tuteur légal autorise mon enfant à adhérer à l'AS VOUILLE 86 pour toutes les activités proposées par l'association.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature :



---

## CERTIFICAT MEDICAL

(Pris en application des articles L. 231-2 et L. 231-2-2 du Code du Sport)

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle: .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Demeurant à : .....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique de la course à pied en compétition.

Je l'informe de l'intérêt de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Cachet et Signature du Médecin