



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).

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: Attestation de l'Archer qui a répondu <u>NON</u> à l'ensemble du Questionnaire de santé: Mentionner «J'atteste» et signature: _____ sinon _____	
	Type Arc: <input type="radio"/> CO <input type="radio"/> BB <input type="radio"/> CL <input type="radio"/> LB	Certificat Médical pratique tir à l'arc: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Certificat Médical pratique tir à l'arc en compétition: <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non date du certificat médical: _____
Montant licence FFTA _____ Euros	Montant cotisation TAA Annuelle: _____ Euros	Assurance Individuelle Accident (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 _____