



Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal

COMITÉ DÉPARTEMENTAL de

SAISON 2019



CRÉATION REPRISE DUPLICATA MUTATION
 (Cochez case correspondante)

Nom

Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe M F NATIONALITÉ F U E

Adresse

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

Courriel.....@.....

CLASSIFICATION

N° de licence

ÉLITE HONNEUR PROMOTION

Je fournis une PHOTO D'IDENTITÉ et j'accepte d'être photographié pour que ma photo soit chargée sur le logiciel fédéral de gestion des licences.

Le demandeur est susceptible de recevoir des offres commerciales de partenaires commerciaux de la F.F.P.J.P. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

CERTIFICAT MÉDICAL

Obligatoire pour 1ère licence FFPJP (soit un joueur n'ayant jamais été licencié à la F.F.P.J.P.) et pour la pratique en compétition Je soussigné, Dr certifie que le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, ne présente aucune contre-indication à la pratique de la Pétanque et du Jeu Provençal au sein de l'Association.

Date de l'examen :

Signature et tampon du médecin

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, père / mère/ tuteur légal, autorise le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, à pratiquer la Pétanque et le Jeu Provençal au sein de l'Association, ainsi qu'à assurer son transport éventuel pour sa participation à des compétitions extérieures.

Personne à contacter en cas d'accident : (Nom : Tél :)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste :

Avoir été informé qu'avec la licence, j'adhère simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de MMA Assurances, par la F.F.P.J.P., conformément à l'article L 321.1 du Code du Sport, des garanties qu'il contient et de la possibilité de renoncer à l'assurance de base accordée en cas d'accidents corporels.

NB : le coût de cette assurance non obligatoire accordée en base dans la licence est de 0,40 € (incluant frais et taxes).

Si vous souhaitez renoncer à l'assurance de base «accident corporel», cocher cette case

Avoir été informé de l'intérêt de souscrire les garanties complémentaires optionnelles, accidents corporels, correspondant à l'option "avantage" de la compagnie d'assurance, M.M.A conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport (cf. bulletin d'adhésion au verso).

SIGNATURE DU JOUEUR ou du REPRÉSENTANT LÉGAL

Les données personnelles figurant sur ce document font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement de gestion des licences. Elles sont destinées aux Clubs, Comités, Liges et FFPJP et, sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires. Conformément à la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978, le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ses droits et obtenir communication des informations en s'adressant au siège de la F.F.P.J.P., 13, rue trigrance 13002 MARSEILLE. Courrier : ffpjp.siege@petanque.fr