

DEMANDE DE RÉINSCRIPTION POUR LA SAISON 2026/2027

À IMPRIMER ET À APPORTER LE JOUR DES INSCRIPTIONS, OU À ENVOYER À ANDRÉ NARTZ, 3 RUE DU COTENTIN, 67730 CHÂTENOIS

- ☐ **Licence découverte : 120€** si vous avez déjà le T-Shirt du club, sinon **140€**. La licence permet la participation aux compétitions officielles (championnats internationaux, nationaux, interrégionaux, régionaux et départementaux, coupe de France, meeting), ainsi que toute autre compétition (tous types de manifestations hors stade : courses sur route, cross-country, trails, courses nature...). La licence inclut une assurance Individuelle Accident de base et Assistance.

NUMÉRO DE LICENCE FFA :

NOM : Prénom :

SEXE : H ☐ F ☐ date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

E-mail : Téléphone :

Pour valider votre réinscription, il faudra vous rendre sur www.athle.fr/acteur avec votre numéro de licence pour renseigner les informations et le questionnaire de santé

- ☐ Mes données personnelles seront stockées sur le SI-FFA et pourront être publiées sur le site internet de la FFA (fiche athlète). Droit d'accès, de communication et de rectification des données en cas d'inexactitude avérée, droit d'opposition au traitement et/ou à la publication de ces données pour des motifs légitimes sur demande à : cil@athle.fr
- ☐ J'accepte que mon image puisse être utilisée sans contrepartie à des fins de promotion ou de communication du club sur divers supports ou réseaux sociaux.
- ☐ Je m'engage à être assidu(e) aux entraînements, à participer aux compétitions en accord avec l'entraîneur, et à participer activement à la vie du club.
- ☐ Conformément à l'article R.232-45 du Code du Sport, dans le cadre de la lutte contre le dopage, je soussigné en ma qualité de de l'enfant autorise la réalisation de prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement sanguin.

ENREGISTRER

AVANT DE POSTER OU DE DÉPOSER MON DOSSIER, JE VÉRIFIE QUE J'AI TOUS LES ÉLÉMENTS :

- ☐ Ce formulaire dûment rempli, signé et imprimé ☐ Règlement à l'ordre de ACCA
- ☐ Questionnaire de santé rempli sur www.athle.fr/acteur

FAIT À :

SIGNATURE DU LICENCIÉ :

LE :

SIGNATURE DU PARENT
OU REPRÉSENTANT LÉGAL :