



SAISON 2024-2025

Section Course

S.N.C.F. O

AYANT DROIT O

RETRAITÉ O

EXTÉRIEUR O

NOM : .....

Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse postale : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Tel : .....

Portable : .....

Adresse Internet : ..... @ .....

Attention de mettre une adresse **valide et lisible**, sert pour l'obtention de la licence et des informations du club de préférence en **MAJUSCULE**

Adresse de service complète et précise (adhérent S.N.C.F.) .....

Comité d'Etablissement : ..... N° de CP : .....

TAILLE : S. M. L. XL. XXL.

CERTIFICAT MEDICAL

Dispense de certificat pour les anciens licenciés en remplissant le parcours santé via Son compte FFA( 3ans)

Pour les non licenciés compléter son parcours prévention santé sur <https://pps.athle.fr/>

A renouveler tous les 3 mois

LICENCE: Licence Compétition Oui O Numéro : ..... Non O  
Licence Entreprise Oui O Numéro : ..... Non O

|                                | Adhérent S.N.C.F.<br>Ayant droit et Retraité | Autre Adhérent       |
|--------------------------------|----------------------------------------------|----------------------|
| Adhésion seule                 | 45 €                                         | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| Adhésion + licence entreprise  | 65 €                                         | xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| Adhésion + licence compétition | 105 €                                        | 125 €                |

Chèque n° ..... de .....montant .....€

Fait à : ..... le : .....Signature : .....