



# Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal

COMITE DEPARTEMENTAL de L'Indre-et Loire (37)

SAISON 2014



CREATION     REPRISE     DUPLICATA     MUTATION

(Cochez case correspondante)

Nom.....

Prénom.....

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

Sexe  M  F      NATIONALITE    F  U  E

Adresse .....

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

Courriel .....

## CLASSIFICATION

N° de licence

ELITE     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 MEDICAL

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 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.

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., de son coût et de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels (non obligatoire).

**Si je ne souhaite pas souscrire cette assurance de personnes, cochez cette case**

Avoir été informé de l'intérêt de souscrire les garanties complémentaire 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.

**SIGNATURE DU JOUEUR  
ou du REPRESENTANT LEGAL**

*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 trigance 13002 MARSEILLE courriel : ffpjp.siege@petanque.fr*