

SAISON 2024



FEDERATION FRANÇAISE DE PETANQUE ET JEU PROVENÇAL



Comité de MOSELLE 57 / Association: N°: Date:

R M	N D	N° Licence (si existant)	Nom - Prénom	Date de Naissance	Adresse complète	CM ou QS Date	Sexe	Nat	EMAIL (avec accord du licencié)	Accord Pub	Atteste avoir lu les informations MMA et CNIL
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
											<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

LEGENDE

N: Nouveau / **R:** Renouvellement / **M:** Mutation / **D:** Duplicata / **Nat:** Nationalité **F** (Française) **U** (Union Européenne) **E** (Etranger) **Sexe:** **H** (Homme) **F** (Femme)

CM: Certificat Médical: Eventuel pour les mineurs
QS: questionnaire de santé: OBLIGATOIRE pour les Mineurs

Le président.....certifie exactes les informations figurant sur ce bordereau et que TOUS ses adhérents ont bien pris connaissance:

De la possibilité de ne pas souscrire à l'assurance dommages corporels et de son coût.

De l'intérêt de souscrire les garanties 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, par le biais de l'imprimé prévu à cet effet;

Que les informations figurant sur ce formulaire sont exactes et autorise à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement informatique, conformément à la loi du 06/01/1978 et qu'elles soient utilisées à des fins commerciales.

Qu'ils bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition auprès des services du siège de la F.F.P.J.P. 13 rue Trigrance 13002 MARSEILLE

Le Président..... Certifie avoir reçu pour un licencié mineur, l'attestation de santé "Mineur".

SIGNATURE:

Pour la validation des licences, document à transmettre à

Mme SCHMITT Karine 34 Lot. Du Parc - 57730 PT EBERSVILLER - Courriel: karine.schmitt@petanque.fr