SAISON 2027

FEDERATION FRANÇAISE DE PETANQUE ET JEU PROVENÇAL

Comité de ...../ Association: ..... N°: .....Date:.....

R/N /M	N° Licence	Nom - Prénom	Date de Naissance + LIEU + Code INSEE	Adresse complète	CM ou QS Date	QR CODE PAPIER(P) ou DEMAT (D)	Courriel OU Portable OBLIGATOIRE	Sexe	Nat	Titulaire d'1 Carte MOBILITE INCLUSION pour les personnes en situation d'handicap	Accord Pub	Atteste avoir lu les informations MMA et CNIL
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non
										oui/non	oui/non	oui/non

LEGENDE

N: Nouveau / **R**: Renouvellement / **M:** Mutation / **Nat:** Nationalité **F** (Française) **U** (Union Européenne) **E** (Etranger)/ **P** QR Code papier / **D** dématerialisée

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

Le président.....certifie exactes les informations fugurant 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 Trigance 13002 MARSEILLE

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

SIGNATURE: