



# BULLETIN D'ADHESION SECTION MUSCULATION Avec licence FFHM



NOM et prénom :  Mme  M.

Adresse :

Code postal

Date de naissance :

Profession (du responsable légal pour les mineurs) :

Tél domicile :

Tél travail :

Tél portable :

E-mail :

### Pièces à fournir :

1 certificat médical d'aptitude à la pratique sportive (1)

1 Photo identité

N° renouvellement de licence :

### Cotisation

150 €/an comprenant l'adhésion au COB, la licence loisirs et l'assurance de base FFHM (2)  
Etudiant : 100 €

Cours les lundi, mardi, jeudi et vendredi de 13h00 – 16h00

### Règlement + nom de l'émetteur des chèques :

Chèques	Espèces	Chèques Loisirs CAF	Coupons Sports ANCV	Ch. Vacances ANCV

### Chaque adhérent :

- **Assume** la totale responsabilité de ses affaires personnelles (vêtements, sacs, bijoux, CB, etc...) durant sa présence dans nos locaux. Nous l'invitons à éviter de se munir d'objets de valeur

- **Accepte les conditions ci-dessous :**

J'autorise le COB et la FFHM à m'envoyer par mail, des communications officielles, notamment à des fins associatives

Le remboursement (sur justificatifs) n'est possible que sur avis médical entraînant une inaptitude à la pratique supérieure à 2 mois ou dans le cas d'un déménagement à plus de 30 kms de la salle. Le montant de l'adhésion COB et de la licence-assurance FFHM n'est pas remboursable

La responsabilité de l'association n'est engagée que durant les heures de cours

L'Association se dégage de toute responsabilité dès que le cours est terminé

J'autorise le COB à utiliser les prises de vues et/ou photo.s sur lesquelles je ou mon enfant figure

Je reconnais avoir été averti.e que le.s film.s ou reportage.s photos pourront être diffusés auprès du public ou servir à des fins de promotion (plaquettes, CD, DVD, expositions photos...)

Voir au dos du document les compléments d'informations FFHM (1) et (2)

Signature du responsable légal pour les mineurs

+ nom et prénom du responsable légal

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus*

Date : .....

Signature de l'adhérent :



FEDERATION FRANCAISE D'HALTEROPHILIE – MUSCULATION  
7, rue Roland Martin – 94500 Champigny-sur-Marne  
Tel : 01 55 09 14 25  
Courriel : [contact@ffhaltero.fr](mailto:contact@ffhaltero.fr) – site internet : [www.ffhaltero.fr](http://www.ffhaltero.fr)

## CERTIFICAT MEDICAL (1)

1 – S'il s'agit d'une première demande de licence, vous devez OBLIGATOIREMENT fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

2 – Un certificat médical reste valable 2 ans après la date du certificat d'origine, à condition de remplir le questionnaire de santé joint à ce document. Par la présente, je confirme avoir répondu :

- NON** à TOUTES les questions (dans ce cas, vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical)
- OUI** à AU MOINS une question (dans ce cas, vous devez fournir un certificat médical)

## ASSURANCES (2)

Je reconnais avoir pris connaissance (son représentant légal si mineur), dans le document joint à la présente demande, par ma structure :

- Des garanties « responsabilité civile et individuelle accident » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût
- De la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et des modalités pour y renoncer
- De la possibilité de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires :
  - Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur

Garantie de base Individuelle Accident (cocher la case ci-dessous pour y renoncer)

- je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (coût remboursé en cas de refus : 0,35 € TTC)

*\*Les garanties attachées à la licence ne s'appliquent pas en cas de pratique de l'activité au sein d'une collectivité locale. La pratique au sein d'une structure commerciale affiliée à la fédération sera couverte, étant toutefois précisé que dans ce cas, le contrat interviendra en complément ou à défaut des assurances souscrites à titre personnel des licenciés de ladite structure commerciale.*

## SIGNATURE DU TITULAIRE

### OU DU REPRESENTANT LEGAL SI LE DEMANDEUR EST MINEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus.

**Signature**

**Date :**

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurance liées à la licence ainsi que de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant sur le document joint à cette demande) et de la notice jointe par la structure affiliée lors de l'adhésion. Je déclare accepter que les informations portées sur ma fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification, et que mes coordonnées puissent être transmises à des organismes extérieurs