



**DEMANDE OU RENOUELEMENT DE LICENCE**

Adulte  Jeune  Handisport       SEXE : Masculin  Féminin   
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Lieu Naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Adhésion  Renouvellement  Mutation       Tel : (+33) \_\_\_\_\_  
Adresse mail : \_\_\_\_\_  
Date de la demande : \_\_\_\_\_ **Signature du Tireur :**

✂-----

**ACCORD PARENTAL POUR LES MINEURS**

à remplir par les deux parents

Nous soussignés,

\_\_\_\_\_ Père  Mère  Tuteur   
\_\_\_\_\_ Père  Mère  Tuteur

Représentant légaux de : Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu Naissance : \_\_\_\_\_  
Adhérent de : \_\_\_\_\_ Licence N°: \_\_\_\_\_

Autorisons notre Fils  Fille  Pupille , ci-dessus mentionné(e) pour la saison 20 \_\_ / 20 \_\_  
 À pratiquer le Tir sportif de loisir et de compétition au sein du club La Sentinelle affilié à la Fédération Française de Tir.

Nous autorisons aussi, le cas échéant, l'organisateur à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence dans la mesure où les circonstances obligerait à un recours hospitalier ou clinique.

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone où joindre le responsable légal : \_\_\_\_\_

Nom du Médecin à prévenir et établissement de soins choisi :  Hôpital  Clinique  
(Celui-ci sera respecté dans la mesure de son existence à proximité du site et de sa compatibilité avec l'état de l'enfant) :

Le Docteur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nous autorisons  Nous n'autorisons pas l'enfant à effectuer les déplacements concernant les matchs en dehors du lieu de l'Association, en voiture particulière ou en transport en commun.

**Signatures du (des) parent(s) ou tuteur :**

✂-----

**CERTIFICAT MEDICAL POUR LES NOUVEAUX LICENCIES**

En application de l'article 5,4° du Décret du 24 novembre 2006 visant l'octroi d'une licence de tireur sportif.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine

Certifie avoir examiné, Mme  Mr  \_\_\_\_\_

Domicilié (e) \_\_\_\_\_

Que son état de santé

Ne présente pas de signe(s) clinique(s) apparent(s) contre-indiquant la pratique du tir sportif.

Date : \_\_\_\_\_

**Signature et cachet du médecin :**