****

***Fiche inscription***

Saison 2024

**FICHE D’INSCRIPTION**

# + Licencié

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de naissance |  | Nom d’usage |  |
| Sexe |  | H |  | F | Prénom |  |
| Date de naissance |  | Commune de naissance |  | Dpt |  |
| Nationalité |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| Code postal |  | Ville |  |
| Téléphone *(optionnel)* |  |
| E-mail *(obligatoire)* |  |

# + Détail des frais d’inscription

#  *Club FFAM Total*

LICENCE

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Adulte + de 18 ans | 16€ |  | 47€ |  | 63€ |  |
| Junior II + de 16 ans et moins de 18 ans | 10€ |  | 25€ |  | 35€ |  |
| Junior I + de 14 ans et moins de 16 ans | 10€ |  | 15€ |  | 25€ |  |
| Cadet moins de 14 ans | 10€ |  | 8€ |  | 18€ |  |
| Encadrement Non pratiquant | 7€ |  | 13€ |  | 20€ |  |
| PASSEPORT | Scolaire | 0€ |  | 0€ |  | 0€ |  |
| Découverte validité 2 mois, renouvelable |  |  | 10€ |  | 10€ |  |
| Compétition validité 2 compétitions par an |  |  |  | 15€ |  |
|  | **Membre Associé Adulte** (joindre copie de la licence) | 30€ |  |  |  | 30€ |  |
|  | **Membre Associé Mineur** (joindre copie de la licence) | 10€ |  |  |  | 10€ |  |
|  | **Droit d’entrée +16 ans** (première inscription ou pour toute licence renouvelée après le 1 mars de l’année en cours) | 100€ |  |  |  | 100€ |  |

***La licence FFAM est obligatoire***

# + Renseignement concernant l’assurance

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du bénéficiaire de l’assurance en cas de décès |  |
|  |
| Date de naissance du bénéficiaire |  |

# + Type de licence

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | loisir |  | compétition |  | non pratiquant |

# + Je reconnais

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | avoir pris connaissance et m’engage à respecter les statuts et règlement intérieur du club |
|  |  | avoir été informé de mes obligations concernant la règlementation en particulier sur la formation et l’enregistrement des modèles |
|  |  | avoir répondu non à l’ensemble des questions relatives au questionnaire de santé\* |
| *\* en cas de réponse positive à une des questions, il est conseillé de consulter son médecin et de fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique de l’aéromodélisme datant de moins de 6 mois* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait le |  | Signature |
| À |  |  |

**AUTORISATION PARENTALE**

**(Licencié(e) mineur(e) )**

# Je soussigné,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom  |  | Prénom |  |
| Adresse |  |
|  |  |
| Code postal |  |
| Téléphone *(optionnel)* |  | Ville |  |
| E-mail *(obligatoire)* |  |

# tuteur légal de

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom  |  | Prénom |  |
| Adresse si différente |  |
|  |  |
| Code postal |  |

# L’autorise à pratiquer l’aéromodélisme au sein du club :

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fait le |  | Signature |
| À |  |  |