FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PÉTANQUE ET JEU PROVENÇAL

Comité du Puy de Dôme / 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)	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

LÉGENDE

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

1CM: Certificat Médical: OBLIGATOIRE SI NOUVELLE LICENCE (non licencié en 2021)

QS: questionnaire de santé: OBLIGATOIRE POUR LE RENOUVELLEMENT (Licencié en 2021)

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:
Une nouvelle licence: un certificat médical datant de moins d'un an **(adressez une copie au comité départemental)**
Un renouvellement: l'attesttion relative au questionnaire de Santé (a**dressez une copie au comité départemental)**

SIGNATURE: