

Formulaire de demande de Licence individuelle Saison 2015 (du 01/01/2015 au 31/12/2015)

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____
 Lieu : _____ Nationalité : _____ Profession : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____
 Tél portable : ____/____/____/____/____ Email : _____@_____ Ancien N° licence : _____
 Taille tee-shirt : _____ Je refuse que mon adresse mail soit communiquée aux partenaires et organisateurs de la FSLC ☐

Activité principale : ☐ Canicross ☐ CaniVTT ☐ Ski-Joering

Tarif Licence	FSLC
Compétition Adulte (né en 2000 et avant)	60 €
Compétition Enfant (né en 2001 et après)	30 €
Total FSLC	

Je soussigné(e) reconnais avoir pris connaissance des garanties incluses dans le contrat d'Assurance Fédéral ainsi que des options facultatives d'assurance individuelle qui me sont proposées..

CESSATION DU DROIT À L'IMAGE

Par la signature du présent formulaire de demande de licence à la FSLC, chaque titulaire d'une licence fédérale autorise expressément la FSLC ainsi que ses partenaires et média à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles il pourrait apparaître, prises à l'occasion de sa participation à des épreuves inscrites au calendrier officiel fédéral, sur tous les supports, y compris promotionnels et/ou publicitaires, dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi, les règlements, les traités en vigueur, y compris pour des prolongations éventuelles qui pourraient être apportées à cette durée

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à respecter la Réglementation Générale Fédérale

A le

Signature du demandeur :

Autorisation parentale si le demandeur est mineur, signature :

- Le certificat médical ci-dessous et datant de - de 1 an .
- Le règlement par chèque à l'ordre de **FSLC**
- 1ere demande, joindre photocopie recto verso de la carte d'identité

A renvoyer au responsable licence : **JEAN DANIEL OFFNER 11 chemin des cotes 25240 Petite Chaux 06/70/01/49/90**

Certificat médical

Je soussigné Docteur en médecine : _____

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme / Melle:

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : ____/____/____

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du canicross, caniVTT et ski-joering y compris en compétition.
 Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le dopage (AFLD) une déclaration d'usage ou une demande d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle antidopage.

Fait à : _____, le ____/____/____

Cachet et signature du médecin :