



C.A. BRIVE ATHLETISME

114, Avenue Jean Dupuy – 19 100 Brive La Gaillarde

Marion COMBROUX : 06-14-51-44-62

Email : athlecabrive@gmail.com- sites : cabrive-athle.webnode.fr

Fiche d'adhésion pour les enfants de moins 7 ans (Licence valable du 1er septembre 2025 au 31 aout 2026)

Licence « baby »	Pièces à fournir pour valider l'inscription
Catégorie : BABY (2020-2021)	150€ pour l'année sportive 2025-26 _ Chèque(s) à l'ordre du CAB Athlé ou espèces. _ Réduction de 40€ pour la 2 ^{ème} , 3 ^{ème} , 4 ^{ème} ... licence d'une même famille. _ J'ai un code Pass'Sport, je l'indique ici :
	Certificat Médical ou Questionnaire Santé
	Fiche de renseignements dûment remplie
	Photo d'identité

Pour les renouvellements Licence N° :

NOM Prénom

Date et lieu de Naissance Nationalité

Sexe : Fém Masc

Adresse(s) électronique(s) des parents* :@.....

.....@.....

***Cette ou ces adresses servent à la réception de licence et pour toute communication du club.**

Adresse

Code Postal VILLE

Portable mère Portable père

Profession mère Profession père

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Nom, Prénom agissant en qualité de Père, Mère, Tuteur, autorise par la présente :

- le susnommé à pratiquer l'athlétisme au sein du CA BRIVE ATHLETISME en compétition, aux entraînements.
- les dirigeants du CA BRIVE ATHLETISME à prendre toutes les mesures urgentes en cas de nécessité.
- les dirigeants, les entraîneurs ou parents adhérents du CA BRIVE ATHLETISME à transporter mon enfant dans leurs véhicules particuliers ou bus d'une entreprise de transport pour les entraînements en nature et sur les lieux de compétitions.
- la publication de photographies dans le cadre de tous reportages sur les activités ci-dessus.

Fait à.....le.....

Signature (des parents ou du représentant légal du licencié mineur) →

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION A LA PRATIQUE DE
L'ATHLETISME EN COMPETITION**

Je soussigné Docteur (en lettres capitales).....
certifie avoir examiné NOM Prénom..... et n'avoir
constaté aucun signe apparent semblant contre-indiquer la pratique de l'athlétisme en compétition.

Fait à Le**Signature et cachet du médecin**

FICHE MEDICALE

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT.....

PROBLEMES DE SANTE A SUIVRE EN CAS DE DEPLACEMENTS.....

CAS PARTICULIER.....

N° DE TELEPHONE ET NOM DU MEDECIN TRAITANT.....

OBSERVATIONS DIVERSES.....

