

Madame NOM : \_\_\_\_\_

Monsieur PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Date et signature du licencié :**

(ou si mineur, du représentant légal)

Remplir le bulletin d'inscription au stylo noir et écrire en lettres majuscules. (dossier complet avec votre date et signature)

## TARIFS des licences au R.O.C. Athlé

<b>ENFANTS</b> <b>EVEIL à POUSSINS</b> né en 2014 à 2017	<b>JEUNES</b> <b>BENJAMINS à MINIMES</b> né en 2010 à 2013	<b>ADULTES (compétition)</b> <b>CADETS à MASTERS</b> né en 2009 et avant	<b>ADULTES(Running /loisirs)</b> <b>CADETS à MASTERS</b> né en 2009 et avant
LICENCE FFA <input type="checkbox"/> 65 €	LICENCE FFA <input type="checkbox"/> 75 €	LICENCE FFA <input type="checkbox"/> 90 €	LICENCE FFA <input type="checkbox"/> 60 €
<b>ADULTES (dirigeants)</b> <b>non pratiquants</b> né en 2009 et avant		<b>FFA</b> <input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> Athlétisme <input type="checkbox"/> Course hors stade
		<input type="checkbox"/> réduction de 10 € pour un couple sur l'ensemble des 2 licences <i>réductions familles nombreuses</i>	
		<input type="checkbox"/> réduction de 4 € par licence à partir de la 3è	

Faire le règlement à l'ordre du : ROC ATHLE et l'envoyer à : Mr Laurent LASVERGNAS (président du ROC Athlé) 21 route de Roumagnac 87600 Rochechouart  
 Laurent.lasvergnas@wanadoo.fr 05 55 03 71 90

Pour info le certificat médical n'est plus obligatoire pour les adultes il suffira de compléter sur votre compte FFA "le parcours santé"

Pour les mineurs le Certificat Médical est valable 3 ans, mais il faut remplir le questionnaire santé sur votre compte FFA tous les ans pour le renouveler. et suivant les réponses données, il vous en faudra éventuellement un nouveau.

### CERTIFICAT MEDICAL Obligatoire pour les mineurs

\_\_\_\_\_

Date de la visite médicale

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Certifie, après examen, que Mr, Mme, \_\_\_\_\_ **Signature (cachet du médecin)**

ne présente, à ce jour, aucun signe clinique apparent  
 de non contre-indication à la pratique de l'athlétisme ,  
 la course à pied, en compétition .