



ASSOCIATION SPORTIVE LA FONTONNE
ANTIBES HOCKEY SUR GAZON

PHOTO

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
SAISON 2023 - 2024**

NOM : PRENOM :

Date de Naissance : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|__| Sexe : Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Portable du LICENCIE : |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Profession :

MAIL DU LICENCIE : @

CATEGORIE : Baby-Hockey Plumes (U8) Poussins (U10) Benjamins (U12) Minimes (U14)
 Cadets (U16) U 19 Séniors Filles Séniors Garçons Vétérans

LICENCE DEMANDEE :

Compétition : Gazon et salle Gazon ou Salle

Réserve : Gazon

Service Gazon : Arbitre Délégué Technique Entraîneur Kiné ou Médecin Dirigeant

ASSURANCES : Votre licence comprend une garantie Responsabilité Civile obligatoire et Assistance, dont vous trouverez les détails dans les notices d'informations téléchargeables en accès libre sur le site Internet de la F.F.H : www.ffhockey.org « Assurance ».

Le soussigné déclare :

- Avoir été informé que la présente souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut l'exposer ;
- Avoir reçu et pris connaissance des notices d'informations afférente aux garanties d'assurance « Individuelle Accident » attachée à la licence F.F. Hockey, et notamment des dispositions relatives aux garanties de base incluses dans la licence et de la possibilité de souscrire une couverture Individuelle Accident dite « Option complémentaire 1 ou 2 »

Je décide de souscrire la garantie de base Individuelle Accident (coût de 1.46€), contrat GENERALI N° AP470384. Par ailleurs, j'ai bien noté qu'il est possible de souscrire une Option Complémentaire 1 ou 2 selon les modalités indiquées sur le site Internet de la F.F.H.

J'ai bien noté enfin que le port de protège tibias et de protège dents est rendu obligatoire par l'A.S.F. Antibes Hockey (Disponibles à la boutique du Club)

Problème éventuel de santé (allergie ...).....

Fait à : Le : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|__|

Signature (le Membre ou son représentant légal) précédée de la mention « lu et approuvé »

ASSOCIATION SPORTIVE LA FONTONNE
ANTIBES HOCKEY SUR GAZON

56 TER BD BEAU RIVAGE
06600 ANTIBES

N° SIRET 825 260 342 00019 - APE 93 122

christine.cesano.hockey@gmail.com - www.antibeshockey.com



ASSOCIATION SPORTIVE LA FONTONNE
ANTIBES HOCKEY SUR GAZON

Document relatif à : (Nom, Prénom)

RECUEIL DU CONSENTEMENT

**Du traitement des données personnelles en application de la réglementation Européenne -
R G P D – sur la protection des données personnelles**

• **COLLECTE ET TRAITEMENT DE VOS DONNEES PERSONNELLES**

Dans le cadre de la réglementation européenne sur la protection des données personnelles (RGPD) entrée en vigueur le 25 Mai 2018, nous vous informons que les données personnelles collectées sont les données minimales nécessaires afin d'être utilisées à :

- Des fins administratives en lien avec la Fédération Française de Hockey
- Des fins d'organisation des activités de l'A.S.F Antibes Hockey (entraînements, compétitions, évènements)

Les données personnelles collectées et conservées dans l'outil bureautique Excel, sont consultables, modifiables et supprimables sur demande faite par écrit auprès de l'A.S. F Antibes Hockey (demande par mail via criscesano@gmail.com).

• **RECUEIL DU CONSENTEMENT**

Pour recueillir votre consentement pour le traitement de vos données personnelles, veuillez avoir l'amabilité de signer ci-dessous :

J'autorise l'A.S.F Antibes Hockey à collecter mes données personnelles à des fins administratives et à des fins d'organisation des activités de l'A.S.F Antibes Hockey.

J'autorise de l'A.S.F Antibes Hockey Club à saisir, utiliser et conserver mes données personnelles dans notamment sur le listing des Licenciés.

Signature précédé de " bon pour accord "

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A

***la pratique du sport ou du Hockey en COMPETITION (licences séries « compétition », « entraîneur » et « arbitre »)**

***la pratique d'une activité sportive ou du hockey NON COMPETITIVE (licence série Loisir)**

**rayer la mention inutile*

Je soussigné(e)

Docteur

Demeurant

N°RPPS

 (Numéro composé de 11 chiffres)

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

Mention OBLIGATOIRE

Certifie avoir examiné

Mademoiselle

Madame

Monsieur

Nom, Prénom

Né(e) le

Demeurant

Appartenant à l'association sportive

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents **contre indiquant la pratique du sport ou du Hockey**

Simple surclassement pour la discipline du Hockey sur Gazon

accordé

non accordé

Simple surclassement pour la discipline du Hockey en Salle

accordé

non accordé

Le

Cachet du médecin

Signature du médecin

**INFORMATIONS RELATIVES A LA DELIVRANCE DE CERTIFICATS MEDICAUX POUR LA FEDERATION PAR UN MEDECIN HABILITE
(ARTICLE 6 DU REGLEMENT MEDICAL DE LA F.F.H)**

Article 6 : médecin habilité pour la délivrance des certificats médicaux pour la fédération

L'obtention du certificat médical mentionné à l'article 5 est la conclusion d'un examen médical qui peut être réalisé par tout médecin titulaire du

Doctorat d'état. Cependant, la commission médicale fédérale de la FFH :

1- rappelle que l'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique [article 69 du code de déontologie]), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R.4127-28 du code de la santé publique [article 28 du code de déontologie]).

2- précise que le contenu et la rigueur de l'examen doit tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur.

3- conseille :

- de tenir compte des pathologies dites "de croissance" et des pathologies antérieures liées à la pratique de la discipline,
- de consulter le carnet de santé, □ de constituer un dossier médico-sportif.

4- insiste sur le fait que les contre-indications à la pratique du hockey dépendent de la nature de l'affection, de son retentissement fonctionnel, du stade évolutif, de l'âge et du niveau sportif.

La Commission Médicale Nationale insiste également sur le fait que les contre-indications suivantes doivent être soigneusement évaluées avant de délivrer ou non un certificat médical de non contre-indication à la pratique du hockey ;

- l'insuffisance staturo-pondérale,
- les maladies cardio-vasculaires évolutives à l'origine de troubles à l'éjection ventriculaire gauche et/ou de troubles du rythme et/ou

de la conduction survenant à l'effort ou lors de la récupération sauf si un spécialiste l'autorise,

- les lésions pleuro-pulmonaires évolutives,
- affections morphologiques statiques et/ou dynamiques sévères, en particulier du rachis dorso-lombaire, avec risque de pathologie

aiguë ou d'usure accélérée,

- femme parturiente ou allaitante,
- affections ou traitements modifiant l'hémostase,
- perte fonctionnelle d'un organe pair (œil, rein, membre) - troubles psychiatriques graves.

Certaines contre-indications ont un caractère plus relatif. Il s'agit

- d'instabilité du genou, de l'épaule, de la cheville,
- d'implant articulaire au genou, à la hanche, à l'épaule, à la cheville,
- de lyse isthmique symptomatique ou non associée ou non à un spondylolisthésis, qui doit particulièrement être surveillé chez l'enfant ou l'adolescent surtout si à la radiographie il existe une dysplasie vertébrale ou sacrée, - pathologies de croissance symptomatiques, invalidantes et/ ou évolutives.

Toutes ces contre-indications peuvent être permanentes ou temporaires, absolues ou relatives. Cette liste n'est pas exhaustive.

5- préconise :

- un électrocardiogramme à partir de 35 ans,
- une épreuve cardio-vasculaire d'effort à partir de 35 ans pour les hommes et 50 ans pour les femmes, à moduler selon l'examen clinique et les facteurs de risques cardiovasculaires (selon les recommandations les plus récentes au niveau national et international),
- une vérification et mise à jour des vaccinations,
- une surveillance biologique élémentaire (NFS, créatinine, bilan lipidique, VS...),

6-1 impose dans tous les cas de demande de simple surclassement la réalisation d'un certificat médical spécifique par tout médecin titulaire du doctorat d'Etat. Le renouvellement de ce certificat répond aux mêmes conditions que celles décrites à l'article 5. Pour les joueurs mineurs, le simple sur-classement ne peut être obtenu qu'après accord du représentant légal.

6-2 impose dans tous les cas de demande de surclassement supérieur (à renouveler chaque saison), en dehors du simple surclassement, une autorisation écrite du représentant légal, la réalisation d'un certificat médical spécifique par tout médecin titulaire du doctorat d'état et de la capacité de médecine et biologie du sport ou le C.E.S. de médecine du sport ou le D.E.S.C. de médecine du sport au vu d'un électrocardiogramme standardisé de repos et de capacités physiques et psychologiques adaptées à la catégorie « +19 ans ».

La délivrance d'un sur-classement supérieur est subordonnée à la participation du joueur ou de la joueuse aux compétitions de sa catégorie dès lors qu'elles existent.

La Commission Médicale Fédérale attire l'attention des médecins concernés sur les risques spécifiques dus à la pratique de haute intensité ou inadaptée et leur conseille la réalisation d'une échocardiographie et d'une radiographie de la charnière lombo-sacrée. La prescription d'autres examens complémentaires est laissée à l'appréciation du médecin examinateur.

NB : Les imprimés de certificat médical spécifique en vue d'un simple sur-classement et d'un sur-classement supérieur sont disponibles en téléchargement sur le site Internet de la F.F.H. L'utilisation de ces imprimés est obligatoire.

Public Majeur



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Nom : Prénom :

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR JOUEUR ETRANGER*(Est considérée comme « étrangère », toute personne ne bénéficiant pas de la nationalité française)*

Je soussigné(e), Mme, M.....
 déclare sur l'honneur ne pas jouer simultanément, dans la discipline concernée, dans un club étranger.

I the undersigned, Mrs, M
declare on my word of honour not to play at the same time in a foreign club regarding the relevant sports license (field hockey or indoor hockey)

- **Date du dernier match de Hockey sur gazon (JJ /MM/AAAA) :**/...../.....

Date of the last match of field Hockey (JJ /MM/AAAA) :/...../.....

- **Date du dernier match de Hockey en salle (JJ /MM/AAAA) :**/...../.....

.. Date of the last match of Indoor Hockey (JJ /MM/AAAA):/...../.....

Signature de l'intéressé(e)

Signature du Président de Club

Rappel des Sanctions :

Voir notamment Règlement généraux et sportifs, Livre I Règlement administratif

DEMANDE DE LICENCE / ASSURANCE 2023-2024

Formulaire à compléter en deux exemplaires : un à conserver par le licencié, un à remettre au club.

Merci d'écrire en MAJUSCULES d'imprimerie et au stylo à billes

LICENCIÉ

Club :

M. Mme Nom de famille* Prénom.....

Date de naissance (jour/mois/année) :/...../.....

Code du département de naissance* :

Commune de naissance :

Si né à l'étranger :

- Pays de naissance :
- Ville de naissance :

Adresse e-mail :@.....

Tél : Portable :

Nationalité :

Adresse :

N°.....Voie.....

Code postal :..... Commune : Pays :

*** Les personnes éducatrices et dirigeantes d'un club sont soumises au contrôle d'honorabilité. Dans ce cadre, elles doivent obligatoirement renseigner les données suivantes :**

- **Civilité**
- **Nom de naissance** : il s'agit du nom de famille qui figure sur l'acte de naissance. Celui-ci doit être distingué du nom d'usage avec lequel il est impossible de réaliser un contrôle d'honorabilité. Ainsi, **le contrôle ne peut être opéré avec le nom d'époux ou d'épouse.**
- **Prénom(s)** : il s'agit du premier prénom qui figure sur l'acte de naissance et sur les documents d'identité.
- **Date de naissance**
- **Lieu de naissance**

Elles peuvent, en toute connaissance de ce dispositif :

- Accepter de faire l'objet du contrôle automatisé et continuer leur fonction
- Refuser de faire l'objet du contrôle automatisé et mentionner leur intention de quitter leur fonction d'éducateur ou de dirigeant

J'ai compris et j'accepte ce contrôle (éducateur et/ou dirigeant)

Je n'accepte pas ce contrôle et renonce à mes fonctions d'éducateur et/ou de dirigeant

Je ne suis pas éducateur ni dirigeant et ne suis donc pas concerné par ce contrôle

LICENCE

- Compétition Gazon Compétition Salle Loisir Entraîneur Arbitre
- Service *Entourer la/les fonction(s) : Chef d'équipe - Délégué – Dirigeant – Kiné - Médecin – Salarié – Autre bénévole*

CONTROLE MEDICAL

(cas de la souscription d'une licence parmi les séries « compétition », « loisir », « entraîneur » et « arbitre »)

Vous êtes une personne mineure :

Votre représentant légal :

atteste avoir répondu au questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence de la Fédération Française de Hockey (Annexe II-23 du code du sport). Ce document est confidentiel et doit être conservé par l'adhérent.

- atteste que chacune des rubriques du questionnaire a donné lieu à une réponse négative
- **A défaut, il s'engage à produire un nouveau certificat médical conforme aux dispositions de l'article 5 du Règlement Médical de la F.F.H.**

Vous êtes une personne majeure :

Le soussigné atteste avoir produit un certificat médical conforme aux dispositions de l'article 5 du Règlement Médical de la F.F.H.

Date de délivrance du dernier certificat médical :.....

Dans le cas du renouvellement de licence, lors des saisons postérieures à la date de délivrance du certificat médical mentionnée ci-dessus (N+1 et N+2 uniquement) et sauf indications contraires portées sur ledit certificat, le soussigné (ou son représentant légal) :

atteste avoir répondu au questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n°15699*01 (ce document est confidentiel et doit être conservé par l'adhérent).

- atteste que chacune des rubriques du questionnaire a donné lieu à une réponse négative.
- **A défaut, il s'engage à produire un nouveau certificat médical conforme aux dispositions de l'article 5 du Règlement Médical de la F.F.H.**

ASSURANCE

Votre licence comprend une garantie Responsabilité Civile obligatoire et Assistance, dont vous trouverez les détails dans les notices d'information téléchargeables en accès libre sur le site internet de la F.F.H. : www.ffhockey.org, rubrique « Assurance ».

Le soussigné (ou son représentant légal) déclare :

- **avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut l'exposer ;**
- avoir reçu et pris connaissance des notices d'informations afférentes aux garanties d'assurances « Individuelle Accident » attachées à la licence F.F. HOCKEY, et notamment des dispositions relatives aux garanties de base incluses dans la licence et de la possibilité de souscrire une couverture Individuelle Accident dite « option complémentaire 1 et 2 ».

Je décide : d'adhérer à la garantie de base du contrat collectif Individuelle Accident MMA IARD n°127.114.739 (prime : 1,46€). Par ailleurs, j'ai bien noté qu'il est possible de souscrire une option complémentaire 1 ou 2 selon les modalités indiquées sur le site internet de la F.F.H.

- de ne pas souscrire les garanties Individuelle Accident proposées lors de mon adhésion à la licence (prime : 1,46€),. **Je renonce par conséquent à toute indemnisation relative aux contrats d'assurances Individuelle Accident proposés lors de mon adhésion à la licence, en cas d'accident corporel dont je pourrais être victime.**

Les contrats d'assurances sont souscrits auprès des compagnies :

MMA IARD Assurances Mutuelles, Société d'assurances mutuelle à cotisations fixes - RCS Le Mans 775 652 126

MMA IARD, société anonyme au capital de 537 052 368 euros - RCS Le Mans 440 048 882

Sièges sociaux : 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon – 72030 Le Mans Cedex 9

Entreprises régies par le code des assurances

Ces sociétés sont dénommées ensemble MMA l'assureur ou MMA Assistance dans le contrat. par l'intermédiaire de la société : Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce (denommée aiac), Société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 306 000€ - SIREN 784 199 291 – RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935.

CODE DU SPORTIF

En adhérant à la F.F.H. je m'engage à :

- Me conformer aux règles du jeu
- Respecter les décisions de l'arbitre
- Respecter adversaires et partenaires
- Refuser toute forme de violence et de tricherie
- Me maîtriser en toutes circonstances
- Être exemplaire, généreux et tolérant
- Être loyal dans le sport et dans la vie.

DROIT A L'IMAGE

Lors de manifestations organisées par la F.F.H, une ligue, un comité départemental et/ou un club affilié à la fédération, l'image et la voix du licencié, sont susceptibles d'être captées par tous moyens vidéos dans le cadre des activités de la F.F.H et ce, pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise la F.F.H à procéder à des captations d'image et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du hockey sur gazon, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient. Cette autorisation est consentie pour la promotion de la F.F.H et du hockey sur gazon à titre gratuit. Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de votre image, veuillez cocher la case ci-contre

LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTE » DE 1978 MODIFIEE ET REGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPEEN ET DU CONSEIL DU 27 AVRIL 2016

Les données à caractère personnel, recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la F.F.H suivant votre qualité de licencié. Ce traitement est géré par la Fédération Française de Hockey. Il est destiné à la délivrance des licences et à toutes opérations, y compris de promotion, liées à l'organisation des compétitions dont elle a la charge. A ce titre, les informations recueillies peuvent être transmises aux organes déconcentrés de la F.F.H., aux clubs affiliés, aux organisateurs de compétitions et aux partenaires de la F.F.H. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort en vous adressant à la F.F.H. par e-mail à ffh@ffhockey.org. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD), applicable depuis le 25 mai 2018.

Pour plus d'informations en ce qui concerne la manière dont la F.F.H. traite vos données à caractère personnel et vos droits, vous êtes invité(e) à consulter notre Politique de protection des données, disponible sur <https://www.ffhockey.org/statuts-reglements.html>.

SIGNATURE DE L'ADHERENT OU DE SON REPRESENTANT LEGAL

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé ».

Date :/...../20..



ASSOCIATION SPORTIVE LA FONTONNE
ANTIBES HOCKEY SUR GAZON

PARTIE RESERVEE AU CLUB : Date :

COTISATION	REGLEMENT
Catégorie : _____	Chèque N°€ encaissé le/...../..... Chèque N°€ encaissé le/...../.....
PLEIN TARIF €	Chèque N°€ encaissé le/...../..... Chèque N°€ encaissé le/...../.....
Montant avec Réduc 3 ^{ème} (35% de réduction) €	Chèque N°€ encaissé le/...../..... CB€ encaissé le/.../.... Virement 1€ encaissé le/...../..... Virement 2€ encaissé le/...../..... Virement 3€ encaissé le/...../..... Virement 4€ encaissé le/...../..... Chèques Vacances€
TOTAL A REGLER €	Espèces€

Documents fournis (OBLIGATOIRES) - le jour de l'INSCRIPTION

Pour tous :

1 photo papier ou format JPEG Portrait à adresser à christine.cesano.hockey@gmail.com

Certificat Médical

Pour les mineurs uniquement :

Autorisation Parentale

Pour les U14, U16, U19 : Autorisation parentale de prélèvement sanguin - Contrôle antidopage

Date de délivrance du dernier Certificat Médical : (Durée de validité 3ans)

Dans le cas du renouvellement de licence, le certificat médical est valable 3 ans, si lors des saisons postérieures à la date de délivrance du certificat médical mentionnée ci-dessus (N+1 et N+2 uniquement) et sauf indications contraire portées sur le dit certificat, le soussigné ou son représentant légal :

Atteste avoir répondu au questionnaire de santé (Ce document est confidentiel doit être conservé par l'adhérent)

Atteste que chacune des rubriques du questionnaire a donné lieu à une réponse négative. **A défaut, il s'engage à produire un nouveau certificat médical.**

RGPD -Recueil du consentement du traitement des données personnelles.

Pour tous renseignements : Christine au 06.03.59.72.13 ou christine.cesano.hockey@gmail.com



ASSOCIATION SPORTIVE LA FONTONNE ANTIBES HOCKEY SUR GAZON

COTISATIONS SAISONS 2023 – 2024

CATEGORIES	ANNEES DE NAISSANCES	COTISATIONS
SENIORS N1 DAMES *		370,00 €
SENIORS N2 DAMES *		300,00 €
SENIORS N2 HOMMES *		300,00 €
CADETS – U16 **	2008-2009	270,00 €
MINIMES – U14	2010-2011	270,00 €
BENJAMINS – U12	2012-2013	220,00 €
POUSSINS – U10	2014-2015	210,00 €
PLUMES – U8	2016-2017	210,00 €
BABY HOCKEY	2018-2019	200,00 €
LICENCES VETERANS		170,00 €

**LE DOSSIER D'INSCRIPTION DONT LE REGLEMENT TOTAL DE LA COTISATION
UNIQUE OU EN 4 ECHEANCES, DEVRA ETRE COMPLET ET DEPOSE AU BUREAU AVANT
LE 30 SEPTEMBRE 2023**

* **SENIORS HOMMES ET DAMES** : Le dossier d'inscription sera à déposer **AVANT LE 10 SEPTEMBRE 2023** à vos chefs d'équipes dont vous trouverez ci-dessous leurs noms et courriel :

- MANAGER DES DAMES : Nicolas VILLEGER – Email : nvilleger@msn.com
- MANAGER DES HOMMES : Nicolas FAILLON – Email : nicofaillon@yahoo.fr

** **CADETS** : Les joueurs bénéficiant d'un **SUR-CLASSEMENT SUPERIEUR ET QUI EVOLUERONT EN EQUIPES N2 HOMMES OU N2 DAMES OU N1 DAMES DEVRONT S'ACQUITTER DU MONTANT DE LA COTISATION SENIORS**

**POSSIBILITE DE PAIEMENT PAR VIREMENT
FR76 1910 6006 0200 1249 5470 321 – BIC AGRIFRPP891**