

## **DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2017-2018**



## Nom du club: ... N° d'affiliation du club : .... .... ....

En cas

A remplir intégralement	
s de première demande, fournir une photo d'identité	

IDENTITÉ		ASSURANCES		
NOM:	Sexe : M 🗌 / F 🗌	Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au		
PRENOM :	Nationalité : FR 🗌 / UE 🔲 / ETR 🔲	verso de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club :		
Né(e) le : / Ville de naissance :		,	e accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de	
Adresse (1):		leur coût, - de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,		
		- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires		
		(cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :		
CP : Ville :		☐ Je décide de souscrire aux garanties complén	mentaires et je m'engage à établir moj-même les	
Pays de résidence :		formalités d'adhésion auprès de l'assureur.  OU BIEN   Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.		
Téléphones : fixe mobi	ile			
Email (1):				
(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse et une adress communications officielles notamment celles prévues par le règlement d		Pour un licencié MINEUR	Pour un licencié MAJEUR	
espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaiss	sance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A	Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette	Le demandeur certifie que les informations figurant	
défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient util	isées pour mes communications officielles.	demande à prendre une licence au sein de ce club ainsi	sur le présent document ainsi que les pièces fournies	
DERNIER CLUB QUITTÉ		que la création d'un espace personnel.	sont exactes.	
Saison : Nom du club :		Le représentant légal certifie que les informations	<u>Demandeur :</u>	
Fédération étrangère le cas échéant :		figurant sur le présent document ainsi que les pièces	Signature	
		fournies sont exactes.		
Motif de changement de club :		Représentant légal	Représentant du CLUB	
CERTIFICAT MÉDICAL		Signature	Je certifie que les informations figurant sur le présent	
CERTIFICAT MEDICAL			document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.	
			engagent la responsabilité du club.	
			Nom, prénom :	
			Le / Signature :	
Dossier médical spécifique pou	r les arhitres			
Dossier medicar specifique pour les dibities			JL	
		Le demandeur est susceptible de recevoir par courrier des offres commerciales de la FFF et de ses partenaires.		
La demande de licence reste en attente tant que le dossier médical n'a pas été validé par la commission médicale compétente.		Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case		
		Les coordonnées du demandeur sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts.		

Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues, à la FFF et, sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires. Conformément à la « loi Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FFF par mail à « cil.fff@fff.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FFF, Correspondant Informatique et Libertés, 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case