



Autorisation Parentale Licence 2024 /2025 (du 1 septembre 2024 au 31 août 2025)

Je, soussigné(e), Mr – Mme Père, Mère ou tuteur de l'enfant
 Nom : Prénom : Sexe N°DN :
 Date : / / Lieu : Adresse géographique :
 Boite Postale : CodePostal : 987 Commune :
 N° Portable : Mail :

*Autorise mon enfant à pratiquer l'Athlétisme au sein du club AS TEFANA ATHLETISME. Autorise également les responsables du club à prendre toutes les dispositions nécessaires dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident pendant les entraînements, les déplacements ou les compétitions. ***Droit à l'image**: le soussigné autorise le Club et la FAPF à utiliser mon image ou celle de mon enfant sur tout support destiné à la promotion des activités du club et de la FAPF, à l'exclusion de tout utilisation à titre commercial. Cette autorisation est donnée à titre gracieux.

Entraînement au Stade Louis Ganivet :

Le mercredi et vendredi de 15h30 à 17h00 pour les Baby athlé, Eveil athlé et Poussin(e)

Le mardi et jeudi de 17H00 à 18H45 pour les benjamins(es), minimes et cadet(tes)

Tarifs des licences et adhésion pour la saison du 01/09/24 au 31/08/25 (tarifs incluant la cotisation club, FAPF et FFA)

Catégories	Code	Année de naissance	Tarif Adhésion	Tarif Maillot
Baby Athlé	BB	2019 et après (4 à 6 ans)	7 000XPF	1 000XPF
Eveil athlé	EA	2016 à 2018 (7 à 9 ans)		
Poussin(e)	PO	2014 à 2015 (10 à 11ans)		
Benjamin(e)	BE	2012 à 2013 (12 à 13 ans)	8 500XPF	1500XPF Maillot
Minime	MI	2010 à 2011 (14 à 15 ans)		
Cadet(te)	CA	2008 à 2009 (16 à 17 ans)		

*** Si votre enfant est éligible au dispositif PASS'SPORT, veuillez joindre un justificatif d'Allocation Rentrée Scolaire ou d'Allocation Spécial aux enfants handicapés.**

Les licencié : Ecole d'Athlétisme, Poussins, Benjamins Et Minimes garçons ou filles **ne pourront pas être surclassés.**

Faa'a le.....Signature :.....

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DE TOUS SPORTS EN COMPETITION OBLIGATOIRE POUR TOUT SPORTIF QUELQUE SOIT SON ÂGE

Je, soussigné, Docteur Certifie avoir examiné l'enfant
né(e) le / /

Et déclare qu'il ou qu'elle présente :

- 1°) UN BON ETAT ORGANIQUE
- 2°) UN BON ETAT PHYSIOLOGIQUE
- 3°) UN BON ETAT D'EQUILIBRE MORPHOLOGIQUE

et n'avoir constaté à la date de ce jour, aucun signe clinique apparent contre indiquant **la pratique de l'ATHLETISME EN COMPETITION.**

Fait à le 2024

Signature et cachet du médecin **Important :**