



**FEDERATION FRANCAISE de PETANQUE et JEU PROVENCAL - REGION OCCITANIE  
COMITE du GERS**



NOM du CLUB : .....

N° du Club : .....

**DEMANDE de LICENCES SAISON 2025**

R	N	N° licence	Nom	Prénom	Date de nais.	Adresse complète	Sexe	Nat.	CM ou QS Date	Atteste avoir lu les informations MMA et RGPD
										M
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
										<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<b>Légende :</b>
N : Nouveau
R : Renouvellement
M : Mutation
D : Duplicata
CM : cert. Médical éventuel pr mineurs
QS Questionnaire Santé obligatoire pr mineurs

**Le(a) Président(e) du club certifie exactes les informations figurant sur ce bordereau et que TOUS ses adhérents ont bien pris connaissance :**

- De la possibilité de ne pas souscrire à l'assurance dommages corporels et de son coût ;
- De l'intérêt de souscrire les garanties optionnelles, accidents corporels, correspondant à l'option "avantage" de la compagnie d'Assurance M.M.A conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport, par le biais de l'imprimé prévu à cet effet ;
- Que les informations figurant sur ce formulaire sont exactes et autorise à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement informatique, conformément à la loi du 06/01/1978 modifiée et qu'elles soient utilisées à des fins commerciales. Qu'ils bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition auprès des services du siège de la F.F.P.J.P. 13 rue trigance 13002 MARSEILLE.

Le : .....

**Signature et Tampon OBLIGATOIRE**