



Salle Monique Maurice
135 Allée Simone Veil
06270 Villeneuve-Loubet
esvl-haltero-muscu-gym@outlook.fr



7, Rue Roland Martin
94500 Champigny/Marne
contact@ffhaltero.fr
www.ffhaltero.fr

DEMANDE D'ADHESION ET DE LICENCE 2026/2027 MUSCU JEUNES - MINEUR

Nom de la structure affiliée : E.S.V.L. HALTERO-MUSCU-GYM	Code Postal : 06270
--	----------------------------

IDENTITE DU MINEUR ADHERENT

Monsieur	Madame
Nom d'usage : Prénom :	
Adresse :	
Code postal : Ville : Nationalité :	
Date de naissance : Ville et département de naissance : Pays de naissance :	
Téléphone : Email :	

IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL

Monsieur	Madame	Nom d'usage :
Prénom : Nom de naissance (si différent):		
Adresse :		
Code postal : Ville : Nationalité :		
Date de naissance : / / Ville et département de naissance : Pays de naissance :		
Téléphone : Email :		

RENOUVELLEMENT Choisir l'option correspondante à votre situation	Personnes à prévenir en cas de besoin : Nom..... Prénom..... Téléphone Nom..... Prénom..... Téléphone
--	---

CERTIFICAT MEDICAL Mineur, vous n'aurez pas besoin de fournir un certificat médical à condition de pouvoir répondre négativement à l'intégralité du questionnaire de santé relatif au sportif mineur joint à ce document. Par la présente, je confirme avoir répondu (Choisir l'option correspondante à votre situation) : NON à TOUTES les questions (dans ce cas, vous n'avez pas besoin de certificat médical) OUI à AU MOINS une question (dans ce cas, vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessous ou fournir un certificat médical comportant les mêmes mentions)
--

ASSURANCES Je reconnais avoir pris connaissance dans les documents communiqués par le club : - des garanties « Responsabilité civile, Individuelle Accident et Assistance » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût, - de la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance » et des modalités pour y renoncer, - de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires En conséquence : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur (Cocher la case si vous voulez souscrire) Je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance », et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (Cocher la case pour renoncer)	CERTIFICAT MEDICAL Le médecin, soussigné, certifie que le demandeur ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives Cachet et signature obligatoires du médecin : A : Le :
---	---

En sollicitant mon adhésion, je m'engage sous peine d'exclusion, à respecter les statuts et les règlements intérieurs de l'association, la réglementation fédérale, les décisions des assemblées et du conseil d'administration dont je reconnais avoir pris connaissance, à soutenir l'action du club, à participer à sa vie, et sous peine d'exclusion et de poursuite judiciaire, à ne prendre, ni vendre, ni promouvoir de produits dopants ou de compléments alimentaires non conformes à la norme NFV94-001. Par ailleurs : J'autorise la FFHM à insérer ma photo d'identité sur ma licence et à exploiter toutes les photos et vidéos prises dans le cadre des activités fédérales pour des actions publicitaires ou promotionnelles pour le territoire français pour une durée de 10 ans à compter de la captation de mon image. Je reconnais avoir été informé que je dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui me concerne (art.34 de la loi «Informatique et Libertés»), soit dans mon espace personnel, soit en contactant directement le club et/ou la Fédération française d'Haltérophilie - Musculation. (Cocher la case pour confirmer ce choix) J'autorise la FFHM à m'envoyer, par courriel, des communications officielles notamment à des fins associatives ou commerciales.(Cocher la case pour confirmer ce choix) Je m'abonne à la newsletter fédérale.(Cocher la case pour confirmer ce choix)	SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL (DEMANDEUR MINEUR) Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces et des renseignements ci-dessus. Date Signature Vos prénom et nom tapés ci-dessous valent signature électronique Mon nom ci-dessus vaut signature et acceptation des conditions. Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances liées à la licence ainsi que de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant sur le document joint à cette demande) et de la notice jointe par la structure affiliée lors de l'adhésion. Je déclare accepter que les informations portées sur ma fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification, et que mes coordonnées puissent être transmises à des organismes extérieurs
--	---

Vous êtes informés que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFHM et ce, aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle anti-dopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. 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. 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 (RGDP). Le demandeur peut exercer ses droits auprès du service licences de la FFHM via l'adresse mail suivante : serviceLicences@ffhaltero.fr