

**NOM.....PRENOM.....**

**DATE DE NAISSANCE.....LIEU DE NAISSANCE.....**

.....

**ADRESSE :.....**

**Ville.....Code postal.....**

**TELEPHONE ( facultatif ) :**

**Souhaitez vous figurer dans l'annuaire du club ?  OUI**

**NON**

**E-MAIL ( facultatif ) :**

**Souhaitez vous figurer dans la liste de diffusion du club ?  OUI**

**NON**

**AVEZ VOUS DEJA ETE LICENCIE(E) FFA DANS UN AUTRE CLUB :  
( si oui, veuillez indiquer l'année et le club d'affiliation)**

**NATIONALITE ( si autre que FR ) :**

**( Pensez dans ce cas à communiquer photocopie de votre carte de séjour  
ou de résident pour votre inscription )**

**TYPE DE LICENCE ( rayer la mention inutile ) :**

**LOISIR  
( 40 euros)**

**COMPETITION  
( 65 euros )**

**( veuillez établir le chèque à l'ordre des « Moustiques » )**

□ **DATE DU CERTIFICAT MEDICAL :**

**( joindre obligatoirement un original du certificat pour l'inscription. Faites en des photocopies pour l'inscription à des compétitions dans l'attente de la licence. Le certificat devra mentionner « l'absence de contre indication à la pratique de la course à pied en compétition »)**

**Date et signature :**