

# U.S.P

Athlétisme



PALAISEAU

# UNION SPORTIVE DE PALAISEAU

Section Locale d'élan 91 N° Club 091116

Site internet : [www.elan91athle.org](http://www.elan91athle.org)

## BULLETIN D'ADHÉSION

Saison : 2020-2021

Adhésion :

Renouvellement :

Mutation :  **Attention : Le dossier doit être complet avant le 31 octobre**

N° de Licence : \_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_

Date de Certificat Médical : \_\_\_\_\_

## ATHLETE ADULTE - COMPETITION

(Licence Compétition)

Centres d'intérêt

et informations souhaitées :

(plusieurs choix possibles)

- Demi-fond, fond mardi/jeudi/dimanche     Marche Nordique mercredi/samedi  
 Course à pieds lundi/mercredi/samedi  
 Sprint et Saut Lundi/ mardi/jeudi/samedi

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : M / F (barrez la mention inutile)

Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel. Domicile : \_\_\_\_\_ Tel. Portable : \_\_\_\_\_

E-MAIL (MAJUSCULES) : \_\_\_\_\_

### A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR L'ATHLETISME

Première inscription ou Questionnaire santé insuffisant ou Certificat médical périmé : Certificat médical de **moins de six mois le jour de l'inscription** portant la mention : "**Absence de contre indication à la pratique du sport en compétition**". (voir au dos).

**OU**  Questionnaire de santé rempli

Cotisation par chèque à l'ordre de **USP Athlétisme** : **189,00 €**

Tarif dégressif pour plusieurs membres d'une même famille. Possibilité de régler en 3 fois (établir les chèques avec la **date d'encaissement et le nom au dos**). Coupons Sport acceptés

Adresse E-Mail Fournie

**Attention en cas de licence dans un autre club l'année précédente, mutation à prévoir avant le 31 octobre => merci de le signaler lors de l'adhésion**

Autorisation de diffusion des photos : Oui  Non

**DATE**

**SIGNATURE**

USP Société Municipale Omnisports - Siège social : mairie de PALAISEAU

Adresse du stade G. Collet, 43 avenue George Sand 91120 PALAISEAU

**CERTIFICAT MEDICAL**

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du code du sport  
(Licences Athlé Compétition, Athlé Découverte et Athlé Santé Loisir - option Running)

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

**Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre indication à la pratique du sport en compétition.**

Je l'informe de l'obligation de déposer auprès de l'Agence Française de Lutte contre le Dopage un dossier d'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques en cas d'utilisation, même ponctuelle, de produits susceptibles d'entraîner une réaction positive lors d'un contrôle anti-dopage.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Cachet et Signature du médecin :