

# 2024

## CD54 / FEDERATION FRANCAISE DE PETANQUE ET JEU PROVENCAL

13, rue Jean Moulin - 54510 TOMBLAINE - Tel. 03.83.18.88.31

### BORDEREAU DE COMMANDE DE LICENCES (à compléter par ordre alphabétique)



Date :  
Bordereau n°

CLUB :				N°								
N°	N	R	N° LICENCE (si existant)	NOM et Prénom	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE COMPLÈTE	Si Certificat médical date	QS	Sexe	Nationalité	MAIL (avec accord licencié)	Atteste avoir lu les informations MMA et RGPD
	M	D										
1												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
3												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
6												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
7												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
9												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
10												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
11												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
12												<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

N = Nouveau - R = Renouvellement - M = Mutation - D = Duplicata - CM = Date Certificat Médical : OBLIGATOIRE si nouvelle licence (non licencié en 2021)

QS = Questionnaire Santé : OBLIGATOIRE pour le renouvellement (licencié en 2021)

NAT. = Nationalité : F (Française), U (Union Européenne), E (Etranger) / SEXE : H = Homme / F = Femme

#### → Légende

Le Président \_\_\_\_\_ certifie exactes les informations figurant sur ce bordereau et que **TOUTS** ses adhérents ont bien pris connaissance :

\* de la possibilité pour chaque licencié 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 Président \_\_\_\_\_ certifie avoir reçu pour :

\* une nouvelle licence : un certificat médical datant de moins d'un an (adressez une copie au Comité Départemental)

\* un renouvellement : l'attestation relative Questionnaire Santé (adressez une copie au Comité Départemental)

Signature :