|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Prénom :** |
| Date de naissance : | Téléphone : |
| Adresse postale : | | |
| Adresse e-mail : | | |

1/ **Choix de la licence ou de l’offre**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Licence ou offre PPG** | **Montant** | **Répondre « OUI » ou « NON »** |
| Licence FFA « Athlé Découverte » | 145 euros |  |
| Licence FFA « Athlé Compétition » | 145 euros |  |
| Licence FFA « Athlé Running » | 85 euros |  |
| Offre PPG | 60 euros |  |
| Frais de dossier primo-licencié | 20 euros |  |
| Remise 2ème membre de la famille | - 20 euros |  |
| Remise 3ème membre de la famille | - 30 euros |  |
| Remise 4ème membre de la famille | - 30 euros |  |
| **Montant total à régler 🡪** |  | **🡨 Montant total à régler** |

2/ **Votre montant à régler et votre mode de règlement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mode de règlement** | **Montant** |
| Virement |  |
| Espèces |  |
| Chèques ANCV |  |
| Chèque 1 |  |
| Chèque 2 |  |
| Chèque 3 |  |
| **Total** | **euros** |

3/ **Votre certificat ou questionnaire médical**

|  |  |
| --- | --- |
| **Document produit** | **Répondre « OUI » ou « NON »** |
| Questionnaire médical enfant |  |
| Questionnaire médical adulte |  |
| Certificat médical de moins de 6 mois |  |

4/ **Délai de réflexion COVID** (si « OUI » pas de licence et pas de compétition jusqu’au 15 octobre)

|  |  |
| --- | --- |
| **Question** | **Répondre « OUI » ou « NON »** |
| Demande du délai de réflexion COVID |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Signature** |
|  |  |