



Inscription saison sportive 2026

Certificat médical OBLIGATOIRE selon vos réponses au questionnaire relatif à l'état de santé du sportif.

Nom / Prénom : _____ N° de licence : _____

Date de naissance : ____/____/____ Nationalité : _____ Date du certificat médical : ____/____/____

Adresse : _____

Tél. : ____/____/____/____/____/____ Courriel (obligatoire) : _____

Type d'arc : ☐ Arc classique ☐ Arc à poulies ☐ Arc sans viseur

Choix de la séance encadrée

Séance Poussins de 7 à 10 ans Mercredi 16h-17h ☐ Mercredi 17h-18h ☐	Jeunes compétiteurs Club Associé BFC Mercredi 18h-20h ☐	Adultes compétiteurs Lundi 18h-20h Intervention mensuelle d'un DE ☐	Perfectionnement jeunes et adultes Vendredi 18h-20h ☐	Ecole de tir à l'arc jeunes et adultes Samedi 10h-12h ☐
---	---	--	--	--

Acquittée pour la saison sportive complète.
Aucun remboursement ne sera effectué.

Tarifs saison 2026
comprenant la part fédération, région, département et club

Poussin U11 (10 ans et moins au 01/01/2026)	115 €
Jeune débutant (20 ans et moins au 01/01/2026)	136 €
Adulte débutant (20 ans et plus au 01/01/2026)	166 €
Jeune (20 ans et moins au 01/01/2026)	122 €
Adulte compétiteur (20 ans et plus au 01/01/2026)	160 €
Adulte pratique en club (20 ans et plus au 01/01/2026)	152 €
Adulte sans pratique (20 ans et plus au 01/01/2026)	55 €
Adulte entraîneur ou arbitre (20 ans et plus au 01/01/2026)	115 €
TOTAL : _____ €	☐ Chèque (max 3 chèques) : Meursault Archers Club ☐ Virement : FR76 1100 6210 0424 5986 5964 469

***Tarif famille:** 3ème licence -15€, 4ème licence -25€, au-delà -45€.

Pour les archers débutants, le prix comprend la palette (protection des doigts) et le prêt du matériel.

• **Accès à nos installations** pour les licenciés FFTA extérieurs au *Meursault Archers Club* : 45 €

Réductions	Montant	A fournir
PASS'SPORT : aide de l'état sous conditions de ressources		☐ Justificatif
Autre dispositif (préciser le nom et l'organisme) _____		☐ Justificatif
Comité d'Entreprise (préciser le nom) _____		☐ Chèque ☐ virement bancaire

Mentions à renseigner

- **Assurance supplémentaire de la FFTA (0,28 €) incluse dans le montant de l'inscription** ☐ OUI ☐ NON
- **J'autorise la diffusion des prises de vues (photos, vidéos...) sur les supports de communication :**
du club ☐ OUI ☐ NON de ses partenaires ☐ OUI ☐ NON

Fait, à _____, le ____/____/____

Signature obligatoire (pour les mineurs, nom et signature du représentant légal)

Autorisation parentale obligatoire pour les mineurs

Enfant : _____

Représentant légal : _____

Tél. : ____/ ____/ ____/ ____/ ____/ Courriel : _____@_____

J'autorise :

- mon enfant à pratiquer le Tir à l'Arc dans les lieux et créneaux horaires fixés, dans le cadre des activités statutaires de l'association et des clubs affiliés à la FFTA.

- les dirigeants et les entraîneurs à prévenir les secours le cas échéant.

- les personnes mentionnées ci-dessous à récupérer mon enfant à l'issue des activités

Nom	Prénom	N° de portable

L'association décline toute responsabilité en cas de problème survenant en dehors des créneaux et lieux de pratique et s'engage à prévenir de toute modification dans les meilleurs délais.

Dopage :

☐ j'autorise ☐ je refuse

Tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD), à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage. Je reconnais que l'absence d'autorisation est constitutive d'une soustraction au prélèvement d'un échantillon susceptible d'entraîner des sanctions auprès de l'AFLD.

Fait pour valoir ce que de droit. A _____, le ____/ ____/ _____

Nom/prénom et signature du représentant légal :

**Certificat médical de non contre-indication à
la pratique du Tir à l'Arc en loisir et en compétition**
A fournir uniquement si les résultats du questionnaire de santé le nécessitent

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

qui, au terme de mon examen, ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Tir à l'Arc en loisir et en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé le ____/____/____

Signature et cachet du médecin

Exemplaire Archer

**Certificat médical de non contre-indication à
la pratique du Tir à l'Arc en loisir et en compétition**
A fournir uniquement si les résultats du questionnaire de santé le nécessitent

Je soussigné(e), Docteur _____

Demeurant : _____

Certifie avoir examiné ce jour :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

qui, au terme de mon examen, ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable à la pratique du Tir à l'Arc en loisir et en compétition.

Certificat établi à la demande de l'intéressé le ____/____/____

Signature et cachet du médecin

Exemplaire Club