



ÉLÉMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PRÉINSCRIPTION

- * Votre demande préinscription dûment complétée (page 2).
- * Une photocopie de votre carte d'identité (ou passeport) en cours de validité.
- * Un justificatif de domicile en cours de validité (quittance de loyer, quittance EDF, ...).
- * Un extrait de casier judiciaire vierge (**fournir au Club le N°3 disponible ici : <https://www.service-public.fr>**) de moins de 3 mois.
- * Une photo d'identité récente en couleur.
- * Un certificat médical (établi par votre médecin) de non contre-indication à la pratique du tir sportif (page 3).
- Pour les mineurs une autorisation parentale signée par les deux parents (Page 4).

INFORMATION IMPORTANTE

Si votre candidature est retenue, vous devrez passer par notre école de tir à air comprimé à 10 mètres pendant un délai minimum de six mois avec notre formateur attitré, avant que ne soit soumis à l'autorité Fédérale votre demande d'avis préalable à vous autoriser (ou pas) à la détention d'une arme de catégorie « B ».

L'acceptation de votre candidature dépendra du nombre de tireurs qui nous quitteront à la reprise de la nouvelle saison.

Pourquoi ?

L'Agence Régionale pour la Santé (A.R.S.) nous impose un quota maximum de tireurs par rapport à la surface de nos installations, quota que le club a atteint depuis plusieurs années.

Nous devons donc attendre jusque vers la fin septembre / début octobre de savoir combien de personnes vont nous quitter pour pouvoir prendre le même nombre de nouveaux licenciés, avant de vous donner une réponse.

Une fois complet, votre dossier est à apporter directement au stand de tir
Pendant les jours et heures d'ouverture les
- VENDREDI, SAMEDI et LUNDI de 9h00 à 12h00 et de 14h30 à 18h00.
- DIMANCHE de 10h00 à 12h00

Les dossiers incomplets ne pourront pas être pris en considération

* **Obligatoire**

**DEMANDE DE PRÉINSCRIPTION**

ADULTE	<input type="checkbox"/>	JEUNE	<input type="checkbox"/>	HANDISPORT	<input type="checkbox"/>	MUTATION	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

N° DE LICENCE SI MUTATION	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	----------------------

Association : **AS MONTLOUIS SECTION TIR**

MR	<input type="checkbox"/>	MME	<input type="checkbox"/>	MELLE	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------

Nom :	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
--------------	----------------------	----------------	----------------------

Nom de jeune fille :	<input type="text"/>
-----------------------------	----------------------

Date de naissance :	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

Lieu de naissance :	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

Pour la France préciser le département :	<input type="text"/>	Pour l'étranger, précisez le pays	<input type="text"/>
---	----------------------	--	----------------------

Nationalité :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---------------	----------------------

Adresse :	<input type="text"/>
------------------	----------------------

Code Postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------	----------------------

Pays de résidence :	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------

Téléphone:	<input type="text"/>	Portable:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	------------------	----------------------

Fax:	<input type="text"/>	Tél. prof.:	<input type="text"/>
-------------	----------------------	--------------------	----------------------

Courriel :	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

DATE DE LA DEMANDE:	<input type="text"/>	SIGNATURE DU DEMANDEUR	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	-------------------------------	----------------------

Parainé par (Facultatif)	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

Motivation de la demande	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

CADRE RESERVE

DEMANDE RECUE LE :	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

DEMANDE ENREGISTREE DANS LE LOT N°	<input type="text"/>
---	----------------------



CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tir sportif

Je soussigné(e), Docteur
certifie avoir examiné ce jour conformément à l'article A.231-1 §5 du code sport :

Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Et atteste n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du Tir sportif en et hors compétition.

Et que son état de santé physique et psychique n'est pas incompatible avec la détention des armes et munitions.

Conformément à l'article L.231-2-3 du Code du Sport sur les disciplines à contraintes particulières, le présent certificat est valide pour une durée maximale de 1 an à compter de la date où il a été établi.

Date :

Cachet et signature du médecin





AUTORISATION PARENTALE
à remplir par les deux parents

Nous soussignés,

(Nom Prénom), **du père**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)

.....

demeurant à ...(Adresse)

.....

(Nom Prénom), **de la mère**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)

.....

demeurant à ...(Adresse)

.....

autorisons l'enfant

..... né(e) le/...../..... à.....

À pratiquer le Tir sportif de loisir et de compétition au sein du club de :..... affilié à la Fédération Française de Tir .

Nous autorisons aussi, le cas échéant, l'organisateur à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence dans la mesure où les circonstances obligeraient à un recours hospitalier ou clinique.

Numéro de sécurité sociale de l'enfant :.....

Numéro de téléphone où joindre le responsable légal:.....

Nom du Médecin à prévenir et établissement de soins choisi: hôpital/clinique (rayer la mention)
(celui-ci sera respecté dans la mesure de son existence à proximité du site et de sa compatibilité avec l'état de l'enfant):

Le Docteur : Téléphone:.....

Nous autorisons (rayer la mention)

Nous n'autorisons pas

l'enfant à effectuer les déplacements concernant les matchs en dehors du lieu de l'Association, en voiture particulière ou en transport en commun.

Fait à _____, le ____/____/_____

Signature **du père**, représentant légal / tuteur (rayer les mentions inutiles)