DEMANDE D'ADHESION

auprès de l'association sportive « BROUSSE TIR CLUB »

Affiliation FFTir n°1981151 – SIRET 924 551 526 00016 – APE 9312Z
Association enregistré à la Préfecture du Tarn sous le n°W812009729

Siège social : Lieu-dit Tartas 81440 BROUSSE
Tél. : 06.22.06.07.47 – Mail : broussetirclub@gmail.com
www.brousse-tir-club.fr

Photo

Nouvel adhérent, demande de licence club :

Nom :	**Nom de jeune fille :**
Prénom :	
Adresse :	
Code Postal :	**Ville :**
Date de naissance :	**Lieu de naissance :**
Code Postal du lieu de naissance :	**Pays :**
Profession :	**Nationalité :**
Tel domicile :	**Tel bureau :**
Portable :	**E-mail :**

Mutation :

De quel club venez-vous ?
Numéro de licence (joindre photocopie) :

Je soussigné, Monsieur ou Madame ..... , déclare vouloir adhérer à ce jour à l'association sportive Brousse Tir Club et m'engage à :

- pratiquer le tir sportif selon les règles et règlements établis par la Fédération Française de Tir et selon les spécificités du club, en particulier, dans toutes les procédures de sécurité.
- respecter le règlement intérieur dont j'ai pris connaissance de l'exemplaire qui m'a été remis.
- respecter les directives des directeurs de tirs.
- répondre à toutes demandes du Comité Directeur ou du Président.
- être en conformité avec la législation en vigueur (détentions etc....)
- présenter au Président ou à toute personne mandatée , autorisations, déclarations, des armes et présenter les munitions utilisées, lors des entraînements.
- communiquer tout changement (adresse, téléphone, etc ...).
- avoir un comportement citoyen et véhiculer une image positive du tir sportif, dans tous les actes de ma vie.

Fait à BROUSSE, le .....

Signature, « mention lu et approuvé »

.....

Réserver à l'administration du club

Validation Adhésion OUI NON

Demande d'adhésion présenter le .....

Date approbation adhésion : .....

Par .....

CERTIFICAT MÉDICAL

Certificat médical de non contre-indication à l'encadrement et /ou à la pratique du Tir sportif

Saison 2026/2027

Je soussigné(e), Docteur .....

certifie avoir examiné ce jour conformément à l'article A.231-1 §5 du code sport :

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

Et atteste n'avoir pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant à l'encadrement et/ou à 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 du médecin

Signature du médecin