



Atlantic Tir Club La Rochelle

Association loi 1901 déclarée sous le n° 132 du J.O. du 12-12-1966
Agréée F.F.Tir n° 1717002 & Jeunesse et Sport n° 83176 S.

Avenue de la Porte Royale
17000 La Rochelle
Tél : 05 46 50 52 94

Email : [larochelle.atlantictirclub@sfr.fr](mailto:larochele.atlantictirclub@sfr.fr)

DEMANDE DE READHESION ET DE LICENCE 2024/2025

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Profession :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Adresse électronique :

La cotisation de 170 Euros (adultes)/140 Euros (jeunes (moins de 20 ans)), payée ce jour par chèque/espèces.

Le présent demandeur certifie sur l'honneur les renseignements ci-dessus exacts et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et s'y soumettre sans réserve.

La Rochelle le :

Signature :

Le président : JP Chabot





CERTIFICAT MÉDICAL

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

Saison 2024/2025

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