BORDEREAU DE REPRISE

Nom - Prénom	N° de Licence	CM (Date de validité)	Atteste avoir lu les informations concernant MMA et la CNIL	Nom - Prénom	N° de Licence	CM (Date de validité)	Atteste avoir lu les informations concernant MMA et la CNIL
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
			☐oui ☐non				☐oui ☐non
C M	**Certificat Médical : OBLIGATOIRE si 1ère demande de licence F.F.P.J.P. conformément à l'art. 8 du Règlement médical fédéral**						

Le Président ....**certifie exactes les informations figurant sur ce bordereau et que <u>TOUS</u>ces adhérents ont bien pris connaissance:**

- De l'intêret de souscrire les garanties optionnelles, accidents corporels, correspondant à l'option "avantage" de la compagnie d'Assurance M.M.A conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport, par le biais de l'imprimé prévu à cet effet.

- Que les informations figurant sur ce formulaire sont exactes et autorise à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement informatique, conformément à la loi du 06/01/1978 et qu'elles soient utilisées à des fins marketings ou commerciales. Je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition auprès des services du siège de la F.F.P.J.P.13 rue triagnce 13002 MARSEILLE

SIGNATURE: