

CONTRAT D'ADHESION SAISON 26-27

Identité : Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Nom : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Département de naissance (ex. 83) :

Adresse :

Code postal : Ville :

Profession :

Mail :

Téléphone :

Licence : ☐ Renouvellement ☐ Nouveau licencié ☐ Second club

A remplir uniquement si nouveau licencié :

☐ C'est ma première année de licence ☐ J'ai déjà été licencié (*même il y a 10 ans*)

N° de licence ↙

Nom & Prénom du Parrain :

Pack : ☐ Bronze ☐ Argent ☐ Gold ☐ Force de l'ordre

Pièces à fournir :

Photocopie de la carte nationale d'identité ☐

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

Extrait N°3 du casier judiciaire* ☐ * <https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr/pages/accueil.xhtml>

Si souscription au Pack Force de l'ordre : + Carte professionnelle ☐

Conditions générales :

- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur
- ☐ J'accepte que mes informations personnelles soient utilisées notamment à des fins commerciales
- ☐ Je reconnais avoir été informé et me soumettre à l'assurance choisie par « Pistolier Le Club »
- ☐ Je m'engage à créer ou avoir créé mon compte EDEN et y télécharger ma photo d'identité*

Date et Signature :



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