DEMANDE DE LICENCE NOUVEAU JOUEUR

Saison 26/27

IDENTITÉ DU JOUEUR

NOM : …… Nom Naissance : ……

Prénom : …… Nationalité : ……

Né(e) le : ……. / ……. / …… à (Ville et Pays) : ……

Dernier club quitté : …… Saison : …… / ……

Autre fédération ou sport scolaire licencié (précisez nom) ? : ……

Photo à coller ou scotcher

ASSURANCE

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni sur le lien ci-après (*https://www.fcht.fr/wp-content/uploads/2026/06/Assurance-LAuRAFoot-26-27.pdf*), par ma Ligue régionale et mon club* :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires

(cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

- ❑ Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
- ❑ Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

CERTIFICAT MÉDICAL

LICENCIÉ MINEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :

- l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé (https://urls.fr/kaxrzg) et attester d'une réponse négative à toutes les questions. **Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessous qui ne sera valable que pour la saison en cours.**

Par la présente, le bénéficiaire et son représentant légal confirment avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir :

- ❑ Répondu **NON** à toutes les questions ; vaut autorisation de surclassement simple (dans les conditions de l'article 73.1 des RG de la FFF)
- ❑ Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; certificat médical en page 2 à faire remplir

LICENCIÉ MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (https://urls.fr/FU9t6T), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- ❑ Répondu **NON** à toutes les questions
- ❑ Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; certificat médical en page 2 à faire remplir

Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez faire remplir le certificat médical en page 2.

SIGNATURE

LICENCIÉ MINEUR : REPRESENTANT LEGAL

- certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces justificatives et renseignements fournis dans les documents transmis.
- certifie avoir pris connaissance et accepter la charte d'éthique et de déontologie du football (https://urls.fr/VYTnvq)
- certifie avoir pris connaissance et accepter la charte parents accompagnateurs (https://urls.fr/DKXR-d)

Nom, Prénom : ……

Signature :

LICENCIÉ MAJEUR : DEMANDEUR

- certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces justificatives et renseignements fournis dans les documents transmis.
- certifie avoir pris connaissance et accepter la charte d'éthique et de déontologie du football (https://urls.fr/VYTnvq)

Nom, Prénom : ……

Signature :

CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2026/2027
JOUEUR(SE)/DIRIGEANT(E)/ÉDUCATEUR(RICE)

Date de l'examen : ...../...../...../ (1)

Je soussigné, Dr .....(1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

POUR LES JOUEURS(SES):

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition,
- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure(2).

POUR LES DIRIGEANTS(ES):

- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

POUR LES ÉDUCATEURS(RICES):

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique et l'encadrement du football,
- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) : .....(1)

Signature et cachet (1) (3)

(1) Obligatoire
(2) Rayer en cas de non aptitude
(3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)