



CARTE 2^{ème} CLUB 2

SAISON 2025-2026

Nom Prénom

N° LICENCE N° Club d'Appartenance

Nom Club d'Appartenance

Masculin Féminin

Date de naissance

Lieu de naissance

Pour la France préciser le département Code

Pour l'étranger préciser le pays

Nationalité

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone Mobile

Courriel



CLUB DE TIR MARENNAIS

17 17 062
Route du Bournet
ST JUST LUZAC
17320

COTISATION 140 €

DATE

REGLEMENT Chèque
 Espèces
 Virement

Demande enregistrée

* pour virement : Banque Populaire IBAN : FR76 1090 7006 0122 9000 0201 947



CLUB DE TIR MARENNAÏS

17 17 062
Route du Bournet
ST JUST LUZAC
17320

LISTE DES DOCUMENTS POUR DOSSIER

CARTE 2ème CLUB

Remplir le formulaire 2ème Club

FOURNIR

- Photocopie de la licence en cours de validité
- Joindre le règlement
- Si première demande une photo d'identité pour le badge*



Club de Tir Marennais

Route du Bournet - Saint-Just-Luzac

05.46.85.66.06
(aux heures d'ouvertures du club)

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

SAISON 2025-2026

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

Autorise le Club de Tir Marennais à :

- faire figurer ma photo sur son site internet OUI / NON
- mentionner mon nom et mon prénom sur son site internet OUI / NON
- mentionner mes résultats sur son site internet OUI / NON

Fait à :

Signature

Le :



CERTIFICAT MÉDICAL

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

Saison 2025/2026

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