



L'échiquier Montacutain

Maison des associations  
Parc Henri Joyau  
Montaigu-Vendée  
Contact : [echiquier.montacutain@gmail.com](mailto:echiquier.montacutain@gmail.com)

## **BULLETIN D'ADHESION SAISON 2025-2026**

### **Coordonnées**

Etat civil :  M.  Mme.  Mlle.  
Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....  
Adresse mail : .....  
*(L'écrire en majuscule pour éviter les erreurs de lecture)*

*(Cadre réservé au club)*

Classement ELO : ..... N° Licence FFE : .....  
Catégorie : .....

### **Choix de licence**

<b>Adhésion (licence A)</b>		Montant Annuel
<input type="checkbox"/>	Jeune (né(e) en 2006 et après)	<b>50€00</b>
<input type="checkbox"/>	Adulte (né(e) avant 2006)	<b>80€00</b>

  

<b>Adhésion Découverte / Loisir (licence B)</b>		Montant Annuel
<input type="checkbox"/>	Jeune (né(e) en 2006 et après)	<b>35€00</b>
<input type="checkbox"/>	Adulte (né(e) avant 2006)	<b>45€00</b>

  

<b>Joueur licencié dans un autre club</b>		Montant Annuel
<input type="checkbox"/>	Participation aux activités du club	<b>30€00</b>
<input type="checkbox"/>	A partir de la deuxième licence (prise au club) au sein du même foyer, je déduis 10€00.	<b>- 10€00</b>

**Montant total de l'adhésion :**

J'autorise l'association « L'Echiquier Montacutain » à utiliser mon image (photo ou film) pour un usage interne et/ou externe au club.

Date et Signature  
(Ou de son représentant légal)

*Bulletin à compléter et signer puis à remettre au trésorier du club accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de « L'échiquier Montacutain ».*

*Ou par virement bancaire : IBAN : FR76 1551 9390 0500 0217 7810 168 – BIC : CMCIFR2A*

***Veillez renseigner le recto SVP →***



Echiquier Montacutain

Maison des associations  
Parc Henri Joyau  
Montaigu-Vendée  
Contact : [echiquier.montacutain@gmail.com](mailto:echiquier.montacutain@gmail.com)

**SAISON 2025-2026**

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Madame/Monsieur\* (nom, prénom).....

Demeurant (adresse) .....

En qualité de Mère/Père/Tuteur légal\*

De l'enfant (nom, prénom).....

Né(e) le .....

Autorise celui-ci à participer aux activités du club « l'échiquier Montacutain » durant la saison sportive.

S'il participe à des rencontres à l'extérieur des locaux du club pour lesquelles j'aurai donné mon accord, je l'autorise à utiliser les véhicules collectifs ou personnels qui seront mis en place par l'association pour lui permettre d'y participer.

En cas d'extrême urgence, j'autorise les responsables du club ou de l'équipe à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant (hospitalisation, opération,...).

### Personne en prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : .....

Fait à .....

Le .....

Signature du représentant légal

\* Rayer la mention inutile



L'intelligence du Jeu, l'émotion du Sport

FÉDÉRATION FRANÇAISE DES ÉCHECS

Agréée par le Ministère des Sports | Membre fondateur de la Fédération Internationale des Échecs

## ATTESTATION DE RÉPONSES NÉGATIVES AU QUESTIONNAIRE SANTÉ 2025-2026

En application du règlement médical de la Fédération Française des Échecs, toute personne souhaitant se voir délivrer une licence (ou le représentant légal pour un mineur) doit attester avoir répondu « non » à l'ensemble des questions du Questionnaire Santé.

À défaut, elle doit produire un certificat médical de non contre-indication à la pratique des Échecs en et hors compétition datant de moins de 6 mois.

### 1. Licencié(e)s majeurs

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (NOM Prénom) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FFE pour les personnes majeures et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.\*

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature :

### 2. Licencié(e)s mineurs

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ (NOM Prénom), agissant en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ (NOM Prénom de l'enfant), atteste qu'il a renseigné le questionnaire de santé FFE pour les mineurs et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.\*

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Signature du représentant légal :

\* Si vous avez répondu positivement à une des questions du questionnaire vous devez impérativement fournir un certificat médical