

FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

(à remettre avec l'Attestation Questionnaire de santé)



Nom de naissance : _____	Nom d'usage : _____
Sexe (cocher) : O H O F	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Commune de naissance : _____ Dpt : _____
Nationalité : _____	
Adresse : _____	
Code postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	E-mail : _____

Tarifs 2026 (l'inscription donne droit à l'accès au terrain de Feillens, aux pentes de Solutré et Leynes ainsi qu'à l'atelier et à la salle Polyvalente de Replonges (pour la saison d'indoor).

Pour pratiquer dans le club, la licence FFAM est **obligatoire**.

Cocher	Type de licence	Cotisation AMCVS	Cotisation FFAM	Total
☐	Adulte Loisirs ou compétition France	70 €	50 €	120 €
☐	Junior Loisirs ou Compétition (+ de 14 ans et - de 18 ans)	30 €	20 €	50 €
☐	Cadet Loisirs ou Compétition (moins de 14 ans)	28 €	10 €	38 €
☐	Membre bienfaiteur (non pratiquant)	15€	15€ (non pratiquant)	30 €
☐	Licence FAI (en sus)		15 €	15 €

☐	Adulte avec licence FFAM dans un autre Club	70 €	0 €	70 €
☐	Nom et N° du Club : _____	N° Licence FFAM : _____		

+ Renseignement concernant l'assurance

Nom et prénom du bénéficiaire en cas de décès : _____

Date de naissance du bénéficiaire : _____

+ Je reconnais (cocher si exact)

- ☐ Avoir pris connaissance et m'engager à respecter le règlement intérieur du Club.
- ☐ Avoir été informé de mes obligations concernant la réglementation en particulier sur la formation et l'immatriculation de mes modèles (ne concerne pas les membres bienfaiteurs non pratiquants)
- ☐ Avoir répondu non à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé joint (ne concerne pas les membres bienfaiteurs non pratiquants)
- ☐ Ou avoir répondu oui à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé joint (ne concerne pas les membres bienfaiteurs non pratiquants)
- Dans ce dernier cas, je suis informé que je dois produire un certificat médical de moins de 6 mois attestant formellement de ma capacité à pratiquer l'Aéro-Modélisme

Fait le _____

Signature _____

A _____

FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

(à remettre avec l'Attestation Questionnaire de santé)

AUTORISATION PARENTALE



Je soussigné,

Nom de naissance :	_____	Nom d'usage :	_____
Sexe (cocher) :	O H O F	Prénom :	_____
Date de naissance :	_____	Commune de naissance :	_____
		Dpt :	_____
Nationalité :	_____		
Adresse :	_____		
Code postal :	_____	Ville :	_____
Téléphone :	_____	E-mail :	_____

Tuteur légal de :

Nom :	_____	Prénom :	_____
Sexe (cocher) :	O H O F		
Date de naissance :	_____		
Adresse si différente :	_____		
Code postal :	_____	Ville :	_____

L'autorise à pratiquer l'aéromodélisme au sein du club A M C V S (Aéro Modèle Club du Val de Saône – Feillens) :

Fait le _____

Signature

A _____