



**Ma saison**

ETAT DE VOTRE DEMANDE:

*Vous n'avez pas encore finalisé votre formulaire.*

**LA SAISON**

Vous allez remplir le formulaire de licence pour la saison 2025 (licence valide du 01/09/2024 au 31/08/2025)

**MON CLUB**

Club actuel: S/L C. D'ATHLETISME CONDE-TORIGNI (pas abrég.)

Votre choix\* :

Je souhaite rester dans mon club.

Je souhaite changer de club pour ma prochaine licence.

\*ce choix n'est pas définitif et pourra être modifié tant que votre licence n'est pas validée par un club

2/5 **Ma saison** Mes informations Assurance & Code Ethique Mes préférences Parcours de prévention santé

**Mes informations**

**ETAT CIVIL**

Nom : [grisé]  
Prénom : [grisé]  
Date de naissance : [grisé]  
Sexe : [grisé]  
Nationalité : [grisé]

Nom de Naissance : [grisé]  
Pays de Naissance : [grisé]

Ville de Naissance : saisissez le code postal ou le nom de votre ville de naissance dans l'outil de recherche ci-dessous.  
[grisé]

*les champs grisés ne sont pas modifiables  
Pour toute demande de modification veuillez vous rapprocher de votre club.*

**COORDONNEES**

eMail : [grisé]  
Tél mobile : [grisé]

**ADRESSE**

Téléphone fixe : [grisé]  
Ligne 1 : [grisé]  
Ligne 2 : [grisé]  
Ligne 3 : [grisé]  
Pays : [grisé]  
Code postal : [grisé]  
Ville : [grisé]

## Assurance &amp; Code Ethique

## MA COUVERTURE ASSURANTIELLE FFA

La validation des conditions d'assurance ne vous demande aucun paiement supplémentaire.

Pour souscrire une option complémentaire à l'option de base, rendez-vous sur l'onglet « Assurance » de votre Espace Athlét.

- En cochant cette case, vous attestez:
- Avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne « individuelle accident » couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut vous exposer (art. L321-4 du Code du Sport) ;
  - Avoir pris connaissance et compris les modalités d'assurance relatives aux garanties d'assurance Individuelle Accident incluses dans votre licence FFA, à adhésion facultative, et détaillées dans la notice d'information ci-dessous ;
  - Avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire une des options complémentaires « individuelle Accident » (option 1 ou 2) présentées dans la notice d'information ci-dessous. Pour souscrire une option complémentaire à l'option de base, rendez-vous sur l'onglet « Assurance » de votre espace licencié.

[Notice d'information - Assurance Responsabilité civile 2024-2025](#)  
[Notice d'information - Assurance Individuelle Accident et Assistance 2025](#)

## L'ETHIQUE

- Je déclare avoir pris connaissance du Code d'Ethique et de Déontologie de la FFA

[Code d'Ethique et de Déontologie](#)

## Mes préférences

## COMMUNICATION FFA

- J'accepte de recevoir les informations officielles de la FFA pour profiter pleinement de mon sport.
- J'accepte de recevoir les avantages licenciés des partenaires sélectionnés par la FFA.

Vos préférences pourront être ajustées à tout moment en cliquant sur « se désinscrire » en bas de nos e-mailings.

## MA PRATIQUE

Pratique principale :

Pratique secondaire :  Cross-country  
 Demi-fond  
 Marche Athlétique  
 Sauts

Condition physique / Athlétif  
 Epreuves combinées  
 Marche Nordique  
 Trail & Montagne

Course sur route  
 Lancers  
 Sprint / Haies

## Parcours de prévention santé

Dernière étape de votre formulaire de renouvellement.  
Vous allez vous rendre sur la page du [Parcours Prévention Santé \(Saison 2025\)](#) pour finaliser votre renouvellement.

[Démarrer votre parcours](#)

Et regarder les 3 vidéos



## Parcours de Prévention Santé - 4

Parce que la formation aux premiers secours permet de sauver des vies chaque jour, notamment dans le sport, la Commission médicale de la Fédération Française d'Athlétisme invite tous les pratiquants de l'athlétisme à se former aux gestes qui sauvent.

« Formez-vous aux gestes qui sauvent ! »



En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur :

- Avoir lu et pris connaissance de toutes les informations et alertes indiqués lors des différentes étapes du Parcours Prévention Santé.
- Prendre ou avoir pris les dispositions nécessaires en conséquence (consultation médicale adaptée et, le cas échéant arrêt temporaire de l'activité sportive), me permettant de m'entraîner ou de participer à une compétition sans risque pour ma santé.

[✓ Valider](#)

ETAT DE VOTRE DEMANDE:

*La saisie de votre formulaire est terminée.  
Rapprochez-vous maintenant de votre club pour effectuer le paiement de votre cotisation.*