

**Ce justificatif est à joindre avec votre demande d'abonnement pour  
bénéficiaire du tarif CE & Association**



Nous vous rappelons que la licence est **fortement conseillée** pour la pratique du golf au quotidien (assurance) et qu'elle est **indispensable** dans le cadre de l'association et pour la participation aux compétitions amicales ou officielles

**LICENCE- ASSURANCE  
1 Janvier au 31 Décembre 2024**

VISA	
RMS Club	
A.S.	
TRÉSORIER	

NOM ..... Prénom .....  
Date de naissance ...../...../..... N° Licence .....

Adresse.....  
Ville..... Code Postal .....

Tél. Domicile..... Tél. portable .....

Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Licence FFG + Cotisation Association  
Hors École de golf**

- Adulte (plus de 25 ans) ( 60 + 23 ) = 83 €
- Jeune Adulte (de 19 à 25 ans) (1999à2005) ( 36+ 11 ) = 47 €
- Jeune (de 13 à 18 ans) (2006à2011) ( 24 + 11 ) = 35€
- Enfant (moins de 13 ans) à partir de 2012 ( 21 + 7 ) = 28€

Règlement **par chèque** à l'ordre de: **ASGCS**

La FFGOLF vous adressera votre licence directement à l'adresse mentionnée ci-dessus.

**ATTENTION: l'Association Sportive ne procédera à la création ou au renouvellement de votre licence-assurance que lorsque le certificat médical ci-dessous sera complété par votre médecin.**

**CERTIFICAT MÉDICAL**

de non contre-indication à la pratique du golf en compétition

Je, soussigné, Docteur en Médecine, certifie avoir examiné

M., Mme, Mlle ..... âgé(e) de .....ans, et n'ayant pas constaté à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du golf en compétition.

Le.....

Docteur: .....

Cachet du Médecin
-------------------