



DEMANDE DE LICENCE POUR ATHLETE

CLUB :

LIGUE :

Saison : 2025 / 2026

Enregistrement OU Renouvellement

Nom : Prénom :
 Date et Lieu de Naissance :
 Sexe : Taille : Poids :
 Nationalité :
 Catégorie : N° de l'ancienne licence :
 Adresse (Domicile) :
 Tél :

N.B. : Prière de joindre une photo, une copie de la CIN ou de l'extrait de naissance

Signature du Président
Ou
Du Secrétaire Général
du Club

Cachet du Club

Signature de l'Athlète

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE AU SPORT

Je soussigné, Docteur :
 Demeurant à
 Certifie avoir examiné, à la date du M.
 Né (e) le à
 Qui ne présente aucune contre-indication à la pratique de l'Athlétisme.
 Je déclare en outre que M.
 Est apte à participer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure.
 (à rayer en cas d'avis contraire).

.....le
Signature et Cachet du Médecin

Case réservée à la Fédération

Date d'effet :
 N° de Licence :

Tél: 71 751 903 - 71 751 945 : الهاتف
 Fax : 71 755 900 : الفاكس
 Email : tun@mf.iaaf.org البريد الإلكتروني
 Website : <http://www.fta.tn> الموقع

Maison des Fédérations, Bloc B
 18, Rue de la Terre, cité olympique, Tunis 1004
 B.P : 264, cité Mahrajène - Tunis 1082
 C.C.P : 148 - 6907

دار الجامعات الرياضية، مدرج ب
 18 شارع الأرض، الحي الأولمبي 1004 تونس
 ص.ب. 264 حي المهرجان تونس 1082
 رقم الحساب الجاري: 148-6907